



forskningsrapport nr. 133/2007
research report no. 133/2007

“Førstemann inn”

**Møter mellom ambulansepersonell
og foreldre som har mistet barn
i krybbedød**

Halvor Nordby

Høgskolen i Lillehammer

Kr. 40,-

ISSN 0807-2647
ISBN 82-7184-325-7

Alle synspunkter står for forfatterens regning. De må ikke tolkes som uttrykk for oppfatninger som kan tillegges Høgskolen i Lillehammer. Denne artikkel kan ikke reproduseres - helt eller delvis - ved trykking, fotokopiering eller på annen måte uten med tillatelse fra forfatteren.

Any views expressed in this article are those of the author. They should not be interpreted as reflecting the views of Lillehammer University College. This article may not be reprinted in part or in full without the permission of the author.

'Førstemann inn' - møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød

Sammendrag. Rapporten (19000 ord) presenterer resultater fra forskingsprosjektet 'Førstemann inn – møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød'. Utgangspunktet for prosjektet har vært et ønske om å forstå hvordan møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød har vært opplevd. Når det gjelder foreldrenes perspektiv har vi spesielt vært opptatt av hvordan de har opplevd kommunikasjon, omsorg og praktiske forhold som tilsyn med andre barn. Når det gjelder ambulansepersonellet har vi vært opptatt av hvordan de opplever deres egne roller som profesjonelle helsearbeidere, og spesielt hvordan de tenker på den mellommenneskelige delen av denne rollen i interaksjon med kriserammede. Selv om prosjektet på denne måten har hatt et deskriptivt hovedmål, har vi også vært interesserte i å vurdere det normative grunnlaget for ambulansepersonellens handlinger. Er det noe ambulansepersonell bør være flinke til å gjøre, men som det ikke er rimelig å anta at alle gjør? Til slutt i rapporten lanseres noen 'myke kjøreregler' som svar på dette spørsmålet. Det metodiske grunnlaget for prosjektet er kvalitativ metode og semistrukturerte intervjuguider. Vi har utført tolv dybdeintervjuer, seks med foreldre og seks med ambulansepersonell. Intervjuobjektene har blitt valgt tilfeldig ut fra respons på annonser i medlemsbladet til Landsforeningen uventet barnedød og en informasjonsnettside som brukes av ambulansepersonell i Norge.

Nøkkelord: helsekommunikasjon, empati, krybbedød, ambulansepersonell-foreldre-interaksjon.

Summary. The report presents results from the research project 'Førstemann inn – møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød' ('First man on the scene – interaction between paramedics and parents of children who have died of sudden infant death syndrome'). The aim of the project has been to understand paramedic-parent-interaction in cases of sudden infant death syndrome. We have sought, from the perspective of the parents, to understand how they have perceived communication with the paramedics and the latter's ability to empathise and deal with practical aspects of the situation. With respect to the paramedics, we have sought to understand how they view their own roles as professional health workers in the situations covered by the study, and especially how they view the personal aspects of this role in interaction with the parents. In this sense the main aim of the project is descriptive, but we also raise a normative question: Are there any practical-oriented actions that it is important that paramedics should remember to carry out in this kind of interaction? Towards the end of the report we propose some 'soft guidelines' in response to this question. The method used in the project is qualitative and involve semi-structured interview schemes. We have conducted 12 interviews, six of parents and six of paramedics. The persons we have interviewed have been chosen randomly, on the basis of responses to invitations to participate in the study published in the journal for members of 'Landsforeningen uventet barnedød' and posted on a website used by paramedics in Norway. Key words: Health communication, empathy, sudden infant death syndrome, paramedic-parents-interaction.

Halvor Nordby er professor ved Høgskolen i Lillehammer, avdeling for helse- og sosialfag (halvor.nordby@hil.no), og Universitet i Oslo, institutt for helseledelse og helseøkonomi, det medisinske fakultet (halvor.nordby@medisin.uio.no).

Forord

I denne forskningsrapporten presenteres resultater fra forskningsprosjektet 'Førstemann inn – møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød', Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Lillehammer (HIL) og Landsforeningen uventet barnedød (www.lub.no - tidligere 'Landsforeningen til støtte ved krybbedød'), og det har mottatt finansiell støtte fra Helse og Rehabilitering.¹ Selve forskningen i prosjektet har vært utført i perioden 2006-2007.

Utgangspunktet for prosjektet har vært todelt. For det første fikk HIL en henvendelse fra Landsforeningen om det var interesse for et forskningsprosjekt rundt møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød. Ut fra innspill fra foreningens medlemmer virket det klart at måten ambulansepersonell handler og kommuniserer på betyr mye for foreldrene, og at det har vært tilfeller der foreldre har hatt noen negative erfaringer fra møtet med denne delen av medisinsk førstelinjetjeneste. For det andre har fagpersoner ved HIL, som har vært involvert i Nasjonal Paramedic-utdanning (<http://paramedic.hil.no/>), erfart at det blant ambulansepersonell er usikkerhet om hvordan man bør forholde seg til foreldre som brått og uventet mister et lite barn. Hva man har gjort har i stor grad vært opp til den enkelte, og det har vært stor interesse for å forstå hvordan man kan møte foreldrene på en best mulig måte.

På bakgrunn av dette formulerte HIL en søknad til Helse og Rehabilitering om støtte til et forskning- og undervisningsprosjekt rundt møter mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød, som vi i 2005 fikk innvilget støtte til. Selve prosjektet er basert på 12 semistrukturerte intervjuer med foreldre og ambulansepersonell. Professor Halvor Nordby og Høgskolelektor Øyvind Nøhr har utarbeidet intervjuguidene og sammen utført de fleste av intervjuene (to av intervjuene er utført av Halvor alene). Opptakene er kontrollert og bearbeidet rent teknisk av Øyvind. Halvor har analysert intervjuene og skrevet denne rapporten som en del av prosjektet.

Vi vil få takke alle som bidratt i prosjektet. Først og fremst vil vi få takke foreldrene som har stilt opp og gått gjennom påkjenningen det er å gjennomleve og fortelle sine historier om hvordan de har opplevd møtet med ambulansepersonell. Vi vil også rette en spesiell takk til ambulansepersonellet som åpent har bidratt ved å fortelle om sine opplevelser. Man skal huske at det også for ambulansepersonell kan oppleves som en følelsesmessig belastning å snakke om den type hendelser prosjektet fokuserer på. Etter vår mening er det i helsefaglig litteratur overraskende lite fokus på de emosjonelle utfordringene profesjonsutøvere i akuttmedisinsk førstelinjetjeneste står overfor i interaksjon med kriserammede personer (se for eksempel den omfattende *Mosby's Paramedic Textbook* (2001) som i svært liten grad berører temaet). Forhåpentligvis vil denne forskningsrapporten kunne bidra til at det blir mer oppmerksomhet rundt disse utfordringene.

¹ Helse og Rehabilitering er en stiftelse med 25 medlemsorganisasjoner og har konsesjon til å drive tv-spillet Extra. Overskuddet fra Extra skal bidra til frivillige organisasjoners innsats for å bedre fysisk og psykisk helse i Norge. Frivillige, humanitære organisasjoner kan søke om midler til definerte prosjekter innen forebygging, rehabilitering og forskning, uavhengig av medlemskap i stiftelsen.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	5
2. Problemstillinger og metode	7
2.1 Introduksjon	7
2.2 Problemstillinger	8
2.3 Metode	10
2.4 Utvalg	11
3. Resultater	13
3.1 Introduksjon	13
3.2 Foreldrenes opplevelser frem til det første møtet	13
3.3 Ambulansepersonellets forforståelse av situasjonen	15
3.4 Det første møtet	17
3.5 Fokuset på barn og foreldre	19
3.6 Ambulansepersonellets erfaringer	22
3.7 Avreise og transport til sykehus	25
4. Konklusjoner	29
Litteratur	30

1. Introduksjon

Når vi i tittelen snakker om foreldre som 'har mistet' barn i krybbedød er det i en viktig forstand snakk om hva man vet i ettertid. I selve interaksjonen mellom ambulansepersonell og foreldre som først senere blir presentert for diagnosen 'krybbedød', vil det selvsagt aldri være snakk om å anvende betegnelsen 'krybbedød' diagnostisk. Man kan mer generelt si at hvordan ambulansepersonell og foreldrene tenker om barnets tilstand i selve interaksjonen vil variere langs mange dimensjoner, og at det er vanskelig å påvise at møtene har mer til felles enn at de oppleves som dramatiske, spesielt fra foreldrenes perspektiv. Ambulansepersonellet får vanligvis melding om 'livløst barn' på skjermen i dataanlegget i ambulansen, men dette er en melding som er forenelig med mindre alvorlige tilstander. Virkelighetsjokket i de sjeldne tilfellene av det som ved ankomst virkelig ser ut som krybbedød føles derfor brutalt.

Foreldrene er på sin side i en emosjonell og kognitiv krisetilstand som kan gi seg utslag i forskjellige former for adferd som ikke er styrt av tanker og oppfatninger på vanlige, logiske måter. Som en av foreldrene vi intervjuet uttrykker det: 'Du er ikke i stand til å tenke rasjonelt'. Prosjektet vårt har gjort det klart at noen foreldre kan ha voldsomme følelsesmessige og observerbare reaksjoner, mens andre kan fremstå som apatiske og innadvendte. Dessuten kan måten foreldrene opplever situasjonen på forandre seg en god del og på ganske kort tid i løpet av interaksjonen med ambulansepersonellet. En mor eller far som i utgangspunktet har en sterk utadvent følelsesmessig reaksjon, kan etter hvert fremstå som stille og tilsynelatende resignert. Det er heller ikke gitt at foreldre som fremstår som om de er i stand til å kommunisere og tenke rasjonelt, virkelig er det. Noen foreldre klarer å kommunisere på en relativt god måte, men andre kan ha store problemer med å forstå og huske det som blir sagt, selv om det kanskje for ambulansepersonellet virker som kommunikasjon finner sted. I denne store spennvidden ligger utfordringene for alle som ønsker å forstå kommunikasjon og samhandling mellom akuttmedisinsk førstelinjetjeneste og pårørende i denne type dramatiske situasjoner.

Det faglige utgangspunktet for prosjektet har vært et ønske om å forstå hvordan møter mellom ambulansepersonell og foreldre har vært i tilfeller av krybbedød. Innenfor rammene av dette målet har vi vært interesserte i å forstå både hvordan foreldrene opplever møtet og hvordan ambulansepersonellet opplever det. Er det store forskjeller i måten de opplever situasjonen på? Er det overensstemmelse mellom foreldrenes oppfatninger om hva som skjer og ambulansepersonellets oppfatninger? Hva slags forventninger har de til hverandre? Er det noe foreldrene synes ambulansepersonellet kunne ha gjort annerledes? Er det noe ambulansepersonellet i ettertid mener de kunne ha gjort annerledes?

I tillegg til å forstå hvilke følelses- og tankemessige perspektiver foreldrene og ambulansepersonellet har, har vi vært interesserte i å forstå hvordan kommunikasjonen av de forskjellige perspektivene har vært. Hvis det virker rimelig at foreldrene forstår situasjonen på en bestemt måte, og hvis ambulansepersonellet har en annen forståelse, så bør det være viktig for ambulansepersonellet å vurdere om det er riktig å forandre på foreldrenes forståelse. Samtidig er det viktig å vurdere hvordan man verbalt og ikke-verbalt bør handle overfor foreldrene ut fra den svært spesielle situasjonen foreldrene er i. Mengden av informasjon foreldrene klarer å ta inn over seg vil for eksempel være begrenset.

I og med at prosjektet først og fremst har som mål å forstå de forskjellige opplevelsene og oppfatningene foreldrene og ambulansepersonellet faktisk har hatt, så er hovedmålet med prosjektet deskriptivt (Føllesdal & Walløe 2001). Prosjektet har imidlertid også et normativt mål. På bakgrunn av svarene på de deskriptive spørsmålene vil det være naturlig å spørre om det er noe ambulansepersonell kunne ha gjort annerledes. Er det noe ambulansepersonell bør være spesielt flinke til å gjøre, og som kanskje ikke alle automatisk gjør? Hvis mange

foreldre har oppfatninger om at ambulanspersonellet kunne ha handlet på en litt annen måte enn det de har erfart, og hvis det ikke finnes noen uavhengig praktisk eller formell grunn til at ambulanspersonellet bør ignorere disse oppfatningene, så er det rimelig å si at de bør handle i samsvar med oppfatningene.

Det metodiske grunnlaget i prosjektet er kvalitativ metode som vi gjør nærmere rede for under (del 2). Vi har utført 12 semistrukturerte intervjuer av foreldre og ambulanspersonell som vi har valgt å analysere kronologisk. Det vil si, vi klargjør og sammenligner det de forskjellige informantene våre sier i henhold til følgende fire punkter: (1) *Melding om livløst barn*. Her er vi opptatt av det som skjer før selve møtet ansikt-til-ansikt mellom ambulans og foreldrene, både på det stedet foreldrene og barnet er, og i ambulansen på vei til dette stedet. Grunnen til at dette er et viktig punkt er åpenbar: Hva som skjer før møtet legger føringer på det som skjer videre. For eksempel, hvis foreldrene har negative erfaringer fra telefonkontakten med akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), så er det grunn til å tro at dette vil prege interaksjonen med helsevesenet videre.

(2) *Det første ansikt-til-ansikt møtet*. Her er vi opptatt av selve møtet ansikt-til-ansikt, hvordan det oppleves fra begge parter perspektiv, og hvordan relasjonen mellom foreldrene og ambulanspersonellet skapes og oppfattes. (3) *Fokuset på barnet og interaksjonen med resten av familien*. Her er vi opptatt av hva som skjer etter at åpningen av relasjonen er avklart, spesielt delen av den videre interaksjonen som innbefatter verbal og ikke-verbal kommunikasjon og omsorg overfor foreldrene. (4) *Avreise og transport til sykehus*. Her er vi opptatt av hva som skjer fra når det tas avgjørelse om avreise til sykehus og frem til foreldrene og barnet blir overlatt til annet helsepersonell. Vi drøfter også kort ideen om et senere møte mellom foreldrene og ambulanspersonellet.

I den siste delen uthever vi de normative hovedkonklusjonene fra prosjektet. En hovedutfordring her, som innenfor mange andre områder, er at virkeligheten er så kompleks og mangeartet at det er vanskelig å formulere generelle handlingsregler (Singer 1991; Dancy 1996). Noen viktige punkter mener vi imidlertid å ha avdekket, og i et pedagogisk perspektiv er vi opptatt av ambulanspersonellens handlinger. Finnes det noen spesielle handlinger ambulanspersonell bør utføre så lenge omstendighetene ikke er svært spesielle, men som det ikke virker opplagt at alle utfører? Hvis svaret er ja, er det spesielt verdifullt å få frem det vi kaller 'myke kjøreregler' av denne typen. Vi mener at intervjuene våre har avdekket noen punkter som det kan være viktig for ambulanspersonell å ha en bevissthet omkring i den type dramatiske situasjoner vi fokuserer på.

2. Problemstillinger og metode

2.1. Innledning

Prosjektet har i utgangspunktet ikke hatt et definert, handlingsveiledende fokus. Det vil si, vi har ikke først og fremst vært ute etter å komme frem til konklusjoner om hva det er riktig eller galt å gjøre på den ene eller den andre måten. Vårt mål er først og fremst å forstå. Vi er opptatt av å forstå hvordan foreldrene opplever møtet med ambulansepersonell, og hvordan de tenker på det i ettertid, og tilsvarende hvordan ambulansepersonell opplever og tenker på møter med foreldre som har mistet barn i krybbedød.

Det er flere grunner til at prosjektet på denne måten først og fremst har et deskriptivt mål, men den avgjørende er at vi ikke føler at vi har en spesiell faglig eller teoretisk kompetanse som kan berettigede sterke normative konklusjoner om hvordan det er riktig å handle overfor foreldre i kognitive og emosjonelle krisetilstander. Om noen kan oppnå en så god kompetanse er etter vår mening et godt spørsmål. Men i alle fall, og det er det som er det avgjørende punktet for oss, så må sterke normative handlingsregler være grunnet i spesielle teorier, først og fremst innenfor krisepsykologi. Men å ta stilling til spesielle teorier av denne typen faller utenfor fokuset her. Vi har et klart empirisk fokus, og vi forsøker å være relativt teorinøytrale.

Når målet med prosjektet er mer deskriptivt enn normativt, er vi spesielt opptatt av å la intervjuobjektene egne stemmer høres. Vi vil i liten grad forsøke å tolke eller forstå ut fra spesielle teoretiske perspektiver på forståelse og kommunikasjon. Med dette mener vi ikke at det finnes objektivt 'riktige' tolkninger, og at våre tolkninger er objektive fordi de ikke er preget av teori. Poenget er at det alltid vil være mulig å snakke om grader av objektivitet (Nagel 1986), og at vi forsøker å ikke fortolke det intervjuobjektene våre sier i for stor grad ut fra våre spesielle subjektive ståsteder eller abstrakte (og ofte kontroversielle) teoretiske perspektiver på kommunikasjon og forståelse (Føllesdal & Walløe 2001; Nordby 2006). Dette er i samsvar med det Gubrium og Holstein (1997) kaller et 'naturalistisk' perspektiv. I motsetning til andre perspektiver som i større grad er opptatt av å komme frem til hva som objektivt er sant, så vil et naturalistisk perspektiv forsøke å identifisere intervjuobjektens ståsted uten å evaluere disse ståstedene i forhold til spørsmål om kunnskap og sannhet. Begreper som 'narrativ', 'livsverden' og 'fenomenologi' er sentrale i et naturalistisk perspektiv (Gubrium og Holstein 1997; Ryen 2002).

Rent praktisk har dette den konsekvensen at når det kan herske rimelig tvil om hva intervjuobjektene våre mener, så forsøker vi i stor grad å dokumentere med sitater hva som har blitt sagt. På den måten vil det også være enklere for leseren å selv ta stilling til hva som ligger bak ytringene. En viss fare med denne fremgangsmåten som i rimelig grad forsøker å la hver stemme være unik og individuell, er at de forskjellige intervjuene blir lite sammenlignbare (Kvale 2001), men etter vår oppfatning har ikke dette skjedd i prosjektet vårt.

Når vi over så at prosjektet 'først og fremst' ikke har hatt et normativt mål, så ligger det en åpning for at vi kan klare å komme frem til noen normative, praktiske konsekvenser. Det har hele tiden vært klart for oss at dette i så fall må være i forhold til ambulansepersonell, og at man må godta at ikke alle bør handle på de samme måtene. Igjen finnes det flere grunner til dette, men hovedgrunnen er at situasjonene og menneskene de involverer er så forskjellige at det er vanskelig, om ikke umulig, å trekke generelle konklusjoner om hvordan man bør kommunisere med pasienter og pårørende (Parsons & Stanford 1979).

Dette er også noe som så å si alle ambulansepersonell vi har intervjuet har sagt seg enige i. Som vi skal se mener de at det er klare grenser for hva man kan forvente av dem når det gjelder kriseinteraksjon med foreldrene. Poenget er imidlertid at det kanskje kan finnes visse

enkle grep man kan og bør gjøre – handlinger det er god grunn til å gjøre i alle situasjoner hvis det ikke er spesielle grunner som tilsier noe annet. Et hovedpoeng for oss vil være at denne type 'myke kjøreregler' er viktige fordi de møter tre betingelser:

- a) De er teoriuavhengige.
- b) De faller innenfor det man rimeligvis kan forvente at helsepersonell bør gjøre.
- c) Det er ikke opplagt at de utføres av alle eller svært mange ambulansepersonell i relevante situasjoner.

Det vil ikke kunne være snakk om revolusjonerende handlingsregler, vi er skeptiske til 'bruksanvisninger' for hvordan man bør forholde seg til personer i kriser. Håpet vårt er at hvis ambulansepersonell får kunnskap om noen av de grunnleggende myke kjørereglene vi peker på, så kan det bidra til ikke å gjøre interaksjonen unødvendig smertefull for foreldrene. Disse reglene er primært knyttet til våre empiriske data i dette prosjektet som fokuserer på krybbedød, men samtidig understreker vi at de vil kunne spille en stor rolle overfor pårørende i mange andre tilfeller av livstruende akutt sykdom eller skade hos små barn. I og med at konklusjonene våre opplagt er relevante for en rekke forskjellige former for pasient- og pårørendeinteraksjon som involverer kriser, så vil det være naturlig å si litt om dette når det er relevant.

2.2 Problemstillinger

Hvis man skal formulere vår overordnede hovedproblemstilling som et rimelig enkelt spørsmål, kan det gjøres på følgende måte:

- 1) Hvordan oppleves møtet mellom ambulansepersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød?

Som understreket over mener vi ikke med dette å forutsette at noen av partene allerede vet at det er snakk om krybbedød. Når vi sier 'har mistet barn i krybbedød', tenker vi på den diagnosen som blir stilt i etterkant. I interaksjonen mellom ambulansepersonell og foreldrene er ikke dette avklart, vi bruker likevel betegnelsen 'krybbedød' fordi den på en enkel måte avgrenser fokuset for prosjektet vårt.

Når vi formulerer hovedproblemstillingen som vi gjør, er det underforstått at vi er opptatt av møtet fra begge sider. Under 1) kan man derfor skille ut to spørsmål:

- 1a) Hvordan opplever foreldrene interaksjonen med ambulansepersonell?
- 1b) Hvordan opplever ambulansepersonellet interaksjonen med foreldrene?

Vi er altså opptatt av opplevelsen av interaksjonen fra begge sider. Og med 'opplevelser' tenker vi ikke bare på tanker og oppfatninger, men også følelser, sanseinntrykk og andre psykologiske tilstander relatert til hendelsene innenfor rammene av interaksjonen. Vi er heller ikke bare opptatt av opplevelser som har fortonet seg som spesielt fremtredende i tidsrommet for interaksjonen. Grunnen er at opplevelser som ikke fortoner seg som spesielt viktige der og da kan fremstå som viktige etterpå.

Av samme grunn er vi heller ikke bare opptatt av hva som har blitt oppfattet som 'gode' eller 'dårlige' handlinger i selve interaksjonen. For det første kan man i etterkant av møtet forandre oppfatning om verdien til en handling, for det andre vil et mer omfattende fokus på hele interaksjonen gi et rikere bilde av hvordan hendelsesforløpet har blitt oppfattet. Hvis vi hadde fokusert for mye på det som oppfattes som 'bra eller dårlig', hadde det vært en fare for at vi utelater noe som det er viktig å fokusere på for å kunne forstå den type møter vi er

opptatt av. Ved å ha et holistisk, omfattende fokus på alle opplevelser håper vi å kunne få med alt som kan være potensielt viktig (Bleicher 1980; Nordby 2007).

Dette betyr ikke at vi ikke *også* er opptatt av hvordan partene har evaluert hendelsene, og man kan derfor utheve dette som egne problemstillinger vi er opptatt av:

1c) Hvordan har foreldrene opplevd ambulansepersonellets handlinger? Hva har de opplevd som bra og hva har de opplevd som mindre bra?

1d) Hva har ambulansepersonellet opplevd som bra, og hva har de eventuelt i etterkant tenkt på at de selv kunne ha gjort annerledes?

Det er viktige forskjeller mellom disse to spørsmålene. Foreldrene har en intens, voldsom opplevelse av situasjonen der og da, i tillegg har de liten innflytelse på det som skjer. Sannsynligheten for at noe oppleves som mindre bra er derfor avgjort til stede. Ambulansepersonellet på sin side har i stor grad styringen – i forhold til svært mange relevante handlingsvalg har de makten i relasjonen (Ohnstad 1998). Det er derfor i utgangspunktet naturlig å tro at de i selve interaksjonen i mindre grad vurderer handlinger som uheldige eller uriktige. I prinsippet kan det opplagt være en god del unntak, man kan for eksempel få beskjed av en overordnet om å utføre en handling man ikke selv vurderer som riktig, men som regel har ambulansepersonell i stor grad anledning til å velge de handlingene de mener er riktige. Det er først i ettertid de har mulighet til å reflektere rundt det de har gjort og eventuelt komme frem til at de kanskje ville ha gjort noe litt annerledes 'neste gang'. Som et generelt poeng er det viktig at ambulansepersonell, som andre yrkesgrupper i helse- og omsorgsfag, er flinke til å stille seg selv kritiske spørsmål om den måten de utviser omsorg og kommuniserer med pasienter på.

At det bare er ambulansepersonell som kan komme frem til at de ville ha handlet litt annerledes 'neste gang' er ikke nødvendigvis tilfelle. Foreldrene kan også i ettertid komme frem til at de ville forsøkt å gjøre noe litt annerledes hvis de hadde vært i en ny krisesituasjon. Det samme gjelder eventuelle kritiske synspunkter rundt ambulansepersonellets adferd. Noe som kommer spesielt godt frem i intervjuene våre er at mange av foreldrene ikke føler seg i stand til å tenke rasjonelt i interaksjonen. Eventuelle kritiske vurderinger eller oppfatninger om ambulansepersonellets handlinger vil noen ganger formes ganske lenge etter hendelsen, og vi vil derfor også si litt om dette. Det vanlige er imidlertid at foreldrene ganske raskt danner seg oppfatninger om hva de synes har vært bra og ikke bra, og kan man derfor si at spørsmålene over fanger inn det viktigste.

I og med at ambulansepersonell med en del yrkeserfaring etter hvert har stått overfor en god del tilfeller av akutt skade eller sykdom hos små barn, og siden mange av de samme kommunikasjonsutfordringene melder seg i disse andre tilfellene, så har vi vært opptatt av et siste tema som ikke bare er relatert til tilfellene av krybbedød vi direkte fokuserer på:

1e) Hvordan synes ambulansepersonell det er å møte foreldre som har mistet, eller tror de står i fare for å miste, små barn i akutt skade eller sykdom?

Grunnen til at vi har med dette spørsmålet er opplagt. De fleste ambulansepersonell har vært i mange dramatiske situasjoner og dannet seg tanker om temaet. Dermed, hvis vi bare hadde fokusert på krybbedød i intervjuene våre, så hadde vi stått i fare for å utelate viktige aspekter ved ambulansepersonells generelle tenkning rundt interaksjon med kriserammede personer. Hovedfokuset vårt er interaksjonen med foreldrene i situasjonene vi fokuserer på, men ved å løfte fokuset litt fra dette når det er relevant, håper vi å frem en enda rikere forståelse av hvordan ambulansepersonell tenker.

2.3 Metode

Når det gjelder den metodiske fremgangsmåten i prosjektet er problemstillingene våre av en karakter som gjør det mer relevant å bruke kvalitativ enn kvantitativ metode. Det er to hovedgrunner til dette. For det første er det såpass få tilfeller av krybbedød at det er vanskelig å gjøre en stor kvantitativ undersøkelse. For det andre (og selv om det hadde vært langt flere tilfeller av krybbedød), så handler det å forstå møter mellom ambulanspersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød i stor grad om å klare å forstå hvilke tanker, oppfatninger og følelser de involverte personene har. Men å nå dette målet kan ikke gjøres ved å stille enkle spørsmål i et upersonlig spørreskjema. Så lenge vi er opptatt av å forstå, er vi opptatt av dette som en prosess; vi bruker intervjuene til å forsøke å komme frem til det intervjuobjektene våre har å fortelle. I den type intervjuer vi har valgt er det mulig 'å la veien bli litt til mens man går'. Vi kan fokusere på de spesielle opplevelsene intervjuobjektene våre har hatt og forsøke å bygge på de synspunktene og følelsene som etter hvert kommer til uttrykk. Å bruke et spørreskjema for å oppnå dette målet ville fortonet seg som svært vanskelig.

Dessuten, å bruke dialog ansikt-til-ansikt kan være av avgjørende betydning for å oppnå den nærhet og tillit som er nødvendig for at spesielt foreldrene virkelig står frem med de meningene og følelsene de har. Det er viktig at foreldrene føler seg trygge, at man stiller spørsmål med varhet, og at foreldrene ikke på noen måte føler at intervjuene medfører unødvendige emosjonelle belastninger. Det er naturlig å tro at det å skrive ned opplevelsene sine på et ark som skal leses av en person man ikke har møtt og ikke vet noe særlig om kan oppleves som vanskelig. Dette er helt klart et område hvor det å snakke med andre ansikt-til-ansikt i en rolig, trygg atmosfære kan oppleves som viktig. Uten selv å ha foretatt intervjuer av den typen vi har gjort kan man selv forsøke å tenke seg hvordan det er for foreldrene. Det er en betydelig belastning, og man skal som forsker være ytterst varsom med hvordan man går frem. Det er en god del fallgruver man kan gå i, fallgruver som ikke bare berører foreldrenes psykologi og opplevelser, men også ideen om å forsøke å få frem mest mulig 'objektiv' informasjon (Ringdal 2001; Malterud 2003; Dahlen 2004). Det kan få uheldige konsekvenser hvis man vurderer hendelsene uten å ha en varhet for om vurderingene passer med foreldrenes opplevelser.

I og med at kommunikasjon og fortolkning ikke kan sies å være eksakt metodisk på samme måte som klassisk naturvitenskap, så har enkelte forskere stilt spørsmål ved om kvalitativ metode og hermeneutiske forståelsesprosesser faller inn under det man bør kalle 'vitenskap' (Skjervheim 1959; Kaiser 2000). Det faller utenfor fokuset her å gå inn i denne diskusjonen. Det som er viktig for oss er at det ikke finnes noen annen reell fremgangsmåte i denne type forskning, og at spørsmålet om hvorvidt konklusjonene våre følger fra det empiriske materialet vårt bare kan besvares ved å studere selve innholdet i argumentene våre. Å diskutere prinsipielle spørsmål rundt den vitenskaplige statusen til kvalitativ metode mener vi er misforstått i forhold til rammene for prosjektet vårt. Det vil dessuten være misforstått i forhold til ideen om at det må være innholdet i argumentene våre – og ikke en uavhengig, generell kritikk – som må være avgjørende for argumentenes holdbarhet.

Dette betyr ikke at vi nå mener å ha gitt et vanntett argument for at det er riktig å bruke kvalitativ metode i prosjektet, men vi mener at det i det minste plasserer bevisbyrden hos de som eventuelt mener noe annet. Enn så lenge virker det rimelig å bruke dybdeintervjuer, og målet vårt har vært å trekke noen fornuftige konklusjoner ut fra det som har kommet frem i intervjuene. På samme måte mener vi ikke å ha absolutt dekning for de slutningene vi gjør, men vi mener at vi har kommet frem til begrunnede konklusjoner ut fra materialet vårt. Igjen mener vi at det er vanskelig å si så mye mer generelt rundt dette. Den beste måten å evaluere argumentene våre på er å studere dem.

Den intervjueteknikken vi har valgt for å overvinne de samtaleutfordringene som finnes i prosjektet, faller inn under det som gjerne kalles semistrukturerte intervjuer (Ringdal 2001). Ideen er at man har en viss tematisk plan for hvordan intervjuet skal utføres - en intervjuguide - men at man er åpen for å fravike denne planen noe hvis intervjuenes karakter tilsier det. Typiske eksempler oppstår når foreldrene snakker om et tema som ikke står i planen for intervjuet, men som det blir klart at kan være viktige i forhold til problemstillingene våre. Et annet eksempel kan være tilfeller der foreldrene tar initiativ til å snakke om et tema som vi i henhold til den skisserte planen ville ha kommet tilbake til senere i intervjuet. Det vil i så fall ofte være naturlig å forfølge temaet med en gang, istedenfor å skape et kunstig avbrudd og temaskifte i intervjuet.

Litt av ideen bak semistrukturerte intervjuer er nettopp at informantene skal føle at de er med på å bestemme hvordan samtalen utvikler seg. Vi er spesielt opptatt av å la intervjuobjektene få 'snakke ut'. Hvis man avbryter eller foretar et temaskifte uten at de føler at det er naturlig, kan man lett skape en følelse av at man synes det de forteller ikke er så viktig. Dette er noe som det har vært viktig for oss å unngå. I forhold til andre relasjoner kan man si at det har vært svært viktig for oss å skape en slags symmetrisk relasjon. Vi har vært opptatt av å fremstå som mer likeverdige - mer som deltagende 'medmennesker' - enn det som er vanlig i en rekke andre forsker-informant relasjoner.

Samtidig forsøker vi å beholde en viss styring ut fra planen for intervjuet. Man kan si at målet vårt er å komme gjennom en del punkter som vi tar initiativ til å gjennomgå på en bestemt måte, men at samtalen kan ta en vending som gjør at punktene ikke blir gjennomgått på den måten det var planlagt. I dette prosjektet var det en plan for intervjuene som foreslo seg selv, nemlig å kronologisk gå gjennom hele hendelsesforløpet, helt fra foreldrene oppdaget barnet til de ble overlatt til annen helsepersonell. Vi forsøker å komme inn på de punktene vi mener er relevante underveis, og vi er spesielt oppmerksomme på det som har å gjøre med omsorg og kommunikasjon mellom ambulanspersonellet og foreldrene. Mot slutten av intervjuene har vi normalt vært opptatt av å spørre litt mer om spesielle aspekter ved hendelsene, ut fra det som har kommet frem i hvert enkelt intervju. Innholdet i disse spørsmålene har i stor grad variert ut fra hva som har blitt sagt i intervjuet.

En annen mulig fremgangsmåte i intervjuene våre ville være å strukturere dem tematisk. I relasjonen til foreldrene kunne man for eksempel systematisk ta for seg spørsmål om hvordan de opplevde informasjonen som ble gitt, omsorgen de fikk, kommunikasjonen med ambulanspersonellet og så videre. Hovedgrunnen til at vi har valgt det kronologiske alternativet er at vi har ment at det blir enklere for foreldrene. Foreldrene har blitt bedt om å fortelle sine historier fra begynnelsen, og vi har deretter fokusert spesielt på forskjellige aspekter ved disse historiene, ut fra hva som har virket spesielt relevant for problemstillingene våre. Den samme fremgangsmåten er valgt overfor ambulanspersonellet. For å komme i gang på en god måte har de blitt bedt om å fortelle om hendelsene de har vært med på, fra de fikk melding om 'livløst barn'. Samtalene har deretter utviklet seg litt på forskjellige måter, ut fra hva hver enkelt person har fortalt.

2.4 Utvalg

Å skaffe informanter til et prosjekt som dette har vært en utfordrende jobb og ganske mye energi har gått med til å finne et adekvat utvalg, spesielt når det gjelder å finne foreldre som har ønsket å stille opp. I og med at prosjektet er utført i samarbeid med Landsforeningen uventet barnedød har løsningen på denne utfordringen vært nærliggende. Ved å gå ut i Landsforeningens eget medlemsblad har vi satt inn en annonse hvor vi har søkt etter frivillige. De som har sagt seg interesserte har meldt fra til foreningen som har videreformidlet dette til oss. Ut fra de som har meldt seg har vi deretter tilfeldig valgt seks foreldrepar. Utover at de har mistet barn i krybbedød har vi ikke tatt hensyn til alder, bosted,

når de mistet barnet eller noen andre variabler. Det eneste vi har forholdt oss til er at de har meldt seg frivillig og at de har mistet barn i krybbedød.

Den samme utfordringen rundt det å finne et passende utvalg har oppstått når vi har forsøkt å finne ambulansepersonell. Det har vært vanskelig å nå frem med tilbudet om å være med i prosjektet til hvert ambulansepersonell i Norge som har vært med på krybbedød. Vi har møtt denne utfordringen ved å legge tilbudet ut på en informasjonsside på internett som brukes av svært mange ambulansepersonell. Vi fikk god respons på denne annonseringen og valgte igjen tilfeldig et utvalg til seks intervjuer, uten å ta hensyn til noen andre kriterier enn at de som meldte seg har vært med på krybbedød en eller flere ganger.

Noen ville kanskje mene at det ideelle ville være om vi fant frem til akkurat det ambulansepersonellet som foreldrene i intervjuene våre faktisk møtte. Av praktiske grunner ville dette vært svært vanskelig å få til, det er for eksempel lite sannsynlig at alle ville ønsket å delta i prosjektet. Dessuten er vi ikke sikre på om et fokus av denne typen ville gjøre prosjektet bedre. Vi har ikke vært opptatt av å forstå hver enkelt situasjon og besvare spørsmål om hvem som har hatt den 'riktige' forståelsen der og da. Målet vårt har vært å si noe om møter mellom foreldre og ambulansepersonell mer generelt. Dette betyr ikke at det har vært viktig for oss at foreldrene og ambulansepersonellet vi har intervjuet ikke har møtt hverandre (og minst en historie et ambulansepersonell fortalte passer rimelig godt med et av foreldreparenes historie). Poenget vårt er at det ikke har vært avgjørende for oss å avklare dette nærmere.

Alt i alt føler vi at vi har klart å finne et rimelig godt utvalg, og vi er fornøyde med det faglige utbyttet fra intervjuene våre. På en klar måte har alle informantene våre beskrevet i detalj hvordan de har opplevd møtene på godt og vondt. Vi har fått frem mange opplevelser, også svært forskjellige opplevelser. Vi har spesielt fått frem hvordan ambulansepersonell kan tenke ganske forskjellig, og hvordan det kan være store forskjeller mellom hvordan de handler i denne type situasjoner. Videre i rapporten redegjør vi nærmere for de konkrete funnene våre.

3. Resultater

3.1 Introduksjon

På samme måte som vi har valgt å strukturere intervjuene våre kronologisk, har vi valgt å beskrive resultatene ved å begynne med omstendighetene før og rundt det første møtet, og å avslutte med ankomst til sykehus. Grunnen er at dette gir en ryddig og enkel fremstilling. En inndeling i rene tematiske deler ville lett resultere i en mer uoversiktlig struktur, blant annet ville det noen ganger være uklart hvilket temaer forskjellige aspekter ved funnene våre hører inn under. Spørsmål om informasjon, forståelse og empati hører for eksempel sammen, og det er ofte vanskelig å avgjøre hvilke tematiske aspekter ved kommunikasjon disse spørsmålene skal plasseres under. Ved å plassere hendelsene direkte inn i en tidsramme har det vært enklere for oss å avgjøre hvordan funnene våre skal sorteres. Det vil forhåpentligvis også gjøre det enklere for leseren å følge diskusjonen. Når vi begynner med begynnelsen, er håpet at leseren selv, i det minste til en viss grad, kan sette seg inn i situasjonene vi beskriver og selv få en delvis forståelse av hvordan de har blitt erfart av personene vi har intervjuet.

Vi har valgt å sortere funnene inn i fire deler: 1) Melding om 'livløst barn'. 2) Det første ansikt-til-ansikt møtet. 3) Fokuset på barnet og interaksjonen med resten av familien. 4) Avreise og transport til sykehus. Vi vil legge mest vekt på 3), men vi vil forsøke å vise at det å forstå hva som skjer under de andre punktene også er av avgjørende betydning for å kunne danne seg et godt bilde av hvordan det er å være foreldre og ambulansepersonell i den type interaksjon vi fokuserer på.

3.2 Foreldrenes opplevelser frem til møtet med ambulansepersonellet

Under dette punktet er vi opptatt av det som skjer i tidsrommet fra når foreldrene oppdager barnet og typisk ringer 113, til akkurat før møtet med ambulansepersonellet. I prinsippet kan alt som skjer før møtet være relevant for å forstå den senere interaksjonen. Hva som er relevant vil selvsagt variere fra situasjon til situasjon. Her forsøker vi å la stemmene til foreldrene tale for seg.

I og med at dette tidsrommet ikke involverer ansikt-til-ansikt kontakt mellom foreldrene og ambulansepersonellet, så vil noen kanskje hevde at det faller utenfor det som bør være fokuset vårt. Dette er vi uenige i. Det er viktig å forstå hva som skjer før selve møtet, fordi det legger føringer på hvordan partene opplever den senere interaksjonen, og fordi hendelsene i forkant av møtet psykologisk sett kan bidra til å forklare handlinger som senere utføres. Dette er noe som bekreftes i intervjuene våre. Så å si alle vi har intervjuet – både foreldre og ambulansepersonell - har vært opptatt av at det som skjer før selve møtet preger interaksjonen videre.

Tre av foreldreparene vi har intervjuet rapporterer at de ringte 113 med en gang. Å klare å huske nummeret til medisinsk nødtelefon er ikke en selvfølge i en så dramatisk situasjon. To av foreldreparene forteller at de hadde problemer med å huske nummeret, og at de ikke klarte å taste 113 selv når de klarte å huske det. Poenget kan illustreres i lys av en hendelse et av ambulansepersonellet vi intervjuet selv var involvert i som privatperson. Vedkommende, som ved siden av ambulansejobben også hadde vakter i en akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og dermed var vant til å ta i mot 113 telefoner (AMK tar i mot disse telefonene), opplevde at et av hans egne barn fortonet seg som svært dårlig. I den stressede og oppkavede tilstanden han var i forsøkte han å ringe 113, men han klarte ikke å taste nummeret før han hadde samlet seg og det hadde gått en del tid. Det sier litt om hvor utfordrende det å ringe 113 kan være for andre som kanskje ikke en gang husker nummeret til medisinsk nødtelefon til vanlig.

Ett av foreldreparene som selv jobbet i helsevesenet og egentlig mente å ringe 113, tastet 112 (politi) og forteller at de 'ble bedt om å legge på og ringe 113 på nytt'. Dette opplevdes som en unødvendig belastning, og var med på å prege dem og krisetilstandene de allerede var i videre. I etterkant mener disse foreldrene at det bør være en selvfølge at det finnes rutiner for å sette telefoner fra 112 over til 113, som de sier 'med en enkel knapp eller noe sånt'. Det er vel ikke vanskelig å si seg enig i dette synspunktet. Et annet foreldrepar som også ringte 112 opplevde en bedre kommunikasjon. Etter å ha fortalt at 'barnet mitt er dødt, dere må komme med en gang' la moren på og ble deretter oppringt, ikke fra politiet men fra AMK som tydeligvis hadde blitt varslet.

Det er interessant at ingen av foreldrene vi har intervjuet rapporterer misnøye med den veiledningen de har fått fra AMK. Tre av parene mener at AMK-sykepleieren som utførte veiledning om hjerte- og lungeredning (HLR) gjorde en spesielt god jobb. En av foreldrene sier videre at personen i AMK var 'rolig', en annen at hun gjorde en 'bra jobb', og en sier at de var 'flinke til å gi instruksjon om forsøk på gjenopplivning'. Andre beskrivelser som brukes er at personen i AMK var 'forståelsesfull' og 'skal ha all skryt'. En far sier at de i ettertid 'var veldig imponert over AMK', og 'hadde ikke den personen vært der, hadde jeg dettet ut'. Det skal legges til at flere av disse foreldrene fortalte at de bodde et stykke unna ambulansestasjoner. I disse tilfellene har det derfor ikke dreid seg om veiledning i bare noen få minutter.

Spesielt ett av foreldreparene var svært opptatt av kontakten med AMK. Faktisk var dette noe av det de i ettertid husket best fra hele hendelsesforløpet. For dette foreldreparet la relasjonen til AMK sterke føringer på det som skjedde videre. De var opptatt av om det var mulig å treffe AMK sykepleieren ansikt-til-ansikt i ettertid for å uttrykke, som de sa, 'anerkjennelse for den jobben personen gjorde'. At kontakten med AMK kan ha så mye å si for foreldrene, er etter vår mening et viktig punkt å tenke på for ambulanspersonell som selv jobber i AMK. Det er selvsagt også et funn som det er viktig å overbringe til sykepleiere som jobber som veiledere i AMK-sentraler. I tillegg bør ambulanspersonell være klar over at foreldrenes senere atferd til dels kan forklares ut fra hvordan de har opplevd kontakten med AMK.

Når det gjelder selve innholdet i HLR veiledningen fra AMK, er alle foreldrene som husker noe spesielt fra denne samtalen fornøyde, spesielt med måten AMK gjør det 'så enkelt som mulig' som en sier. Et av foreldreparene legger vekt på at 'vi kan det jo fra før siden vi begge jobber i helsevesenet', men at de hadde hatt store problemer med å utføre det der og da hvis de ikke hadde hatt enkle og klare instruksjoner fra AMK: 'Jeg visste det egentlig, men jeg blokket ut'. Det som sies fra AMK kan lett bli for komplisert, spesielt kan de helsefaglige uttrykkene som brukes lett fortone seg som vanskelige å forstå i en så dramatisk situasjon. Et uttrykk som 'frie luftveier' er et godt eksempel på et uttrykk som det for helsepersonell kan være lett å tro at vanlige personer uten en medisinskfaglig bakgrunn behersker uten videre, men som de i virkeligheten ikke kan. Og selv om mange personer uten en medisinskfaglig bakgrunn har en rimelig god forståelse av mange vanlige helseuttrykk som skal brukes i henhold til indeksen for medisinsk førstehjelp som AMK benytter, så kan denne forståelsen være som visket vekk i en spesiell, intens krisesituasjon (Nordby 2005; 2006).

Ett av foreldreparene gav uttrykk for at de i ettertid, etter å ha hatt tid til å bearbeide hendelsesforløpet, ikke følte seg sikre på om de hadde gjort en god nok jobb i forbindelse med forsøk på gjenopplivning. I den ytterste konsekvens kan det medføre at foreldrene tror at de kunne ha gjort mer enn det de faktisk gjorde (men det skal nok svært mye til for at dette inntrykket skapes i tilfeller som blir diagnostisert som krybbedød). Dette er selvfølgelig en ytterst uheldig konsekvens, og det er svært viktig å ikke skape et inntrykk av denne typen. Som i andre tilfeller av instruksjon fra AMK er det om å gjøre å finne en balanse mellom det å instruere om prosedyrer innringer ikke behersker fra før, og samtidig ta utgangspunkt i det

innringer faktisk vet og behersker der og da. Dette er et viktig poeng for ambulansepersonell, både fordi de jobber tett opp mot AMK (en del jobber i AMK ved siden av, noen til og med som sykepleiere), men også fordi de selv kan gjøre det klart overfor pårørende at man virkelig anerkjenner innsatsen de har gjort.

Noen av tilfellene ambulansepersonellet har fortalt om, har funnet sted så langt tilbake i tid at AMK ikke har vært involvert interaktivt på samme måte som AMK-sentraler er involvert i 113-samtaler i dag. Ut fra det som har blitt fortalt i intervjuene våre, er det grunn til å tro at den interaktive kontakten mellom foreldrene og helsevesenet har vært mer tilfeldig i disse tilfellene. I og med at kontakten i dag normalt vil gå gjennom AMK etter rimelig faste prosedyrer, skal alle motta veiledning på noenlunde den samme måten, i det minste teknisk sett. Dette har vi også fått bekreftet gjennom intervjuene våre av de foreldrene som husker en del av hva som ble sagt fra AMK. I tilfellene der AMK ikke har vært involvert, er det langt mindre sannsynlig at foreldrene har mottatt veiledning på den måten som i dag er nedfelt som standard i indeksen for medisinsk nødhjelp som brukes i AMK.

Samtidig er det viktig å understreke at foreldrene ikke nødvendigvis har mottatt og gjennomført veiledning bare fordi de har snakket med AMK. En av foreldrene rapporterer at han ikke 'klarte å gjøre mye gjenopplivning' selv om han mente å ha forstått hva som ble sagt, blant annet fordi han mente det var 'opplagt at barnet allerede var død'. Dårlig kommunikasjon og samhandling kan oppstå hvis AMK ikke tilpasser seg foreldrenes perspektiv, hvis foreldrene ikke klarer å ta inn over seg det som blir sagt, eller hvis de ikke klarer å gjøre i praksis det de blir bedt om å gjøre. Det er viktig for ambulansepersonell å være oppmerksom på disse mulighetene, i og med at det kan resultere i store forskjeller når det gjelder måtene foreldrene har utført hjerte- og lungeredning på. Til syvende og sist er det igjen avgjørende at ambulansen danner seg en formening om hvordan interaksjonen med AMK har vært når de ankommer.

Et foreldrepar opplevde betydelige komplikasjoner når ambulansen skulle finne frem. Moren, som var alene hjemme, måtte som hun sier 'forklare veien over telefonen', noe som ble oppfattet som 'litt ekkelt'. Det endte med at moren tok barnet i armene og møtte ambulansen ved innkjøringen til huset deres. I dette tilfellet hadde moren allerede en 'sterk oppfatning om at barnet var død', og rimeligvis en svært begrenset tro på nytten av HLR, men man kan jo tenke seg andre tilfeller hvor foreldre ikke har dannet seg en tilsvarende oppfatning. (Og hva hvis oppfatningen er gal?) Å måtte forklare og eventuelt vise veien samtidig som man forsøker å utføre HLR på et livløst barn, er definitivt ikke en god kombinasjon. Innenfor de rammene som er tilgjengelige bør AMK og eventuelt ambulansen bruke alle andre metoder for å finne frem enn å søke å få forklaringer av en person som holder på med HLR (eller burde holde på med HLR!). Dette er spesielt viktig når det bare er en som er sammen med barnet, som det var i dette tilfellet, og verken AMK eller ambulansen vet på dette tidspunktet om uavbrutt HLR kan være avgjørende.

3.3 Ambulansepersonellets forforståelse av situasjonen

Hva så med ambulansepersonellets opplevelser av det som skjer før selve møtet? Alle utkallelser vi ble fortalt om skjedde om morgenen, bortsett fra en hvor barnet ble funnet livløst etter å ha sovet en kortere periode om formiddagen. Den vanlige måten oppkall fra foreldre skjer på er at foreldrene oppdager barnet og ringer 113. Ut fra det foreldrene sier kategoriserer AMK oppdraget typisk som 'livløst barn' og sender ut en eller flere ambulanseenheter under kode 'akutt'.

Dette er i utgangspunktet hva ambulansepersonellet har å forholde seg til. Som med andre sykdommer og skader skal AMK beskrive symptomer og ikke gi konkrete diagnoser, og diagnosen 'krybbedød' vil i alle tilfelle ikke brukes. Det er flere grunner til det, den mest opplagte er at symptomene AMK får beskrevet er forenelige med andre tilstander som

feberkramper, noe ambulansepersonell med erfaring fra denne type turer godt vet. Flere av intervjuobjektene våre vektlegger dette. Som en sier: 'Det ligner jo veldig på kramper'. Og en annen: 'Vi trodde jo det var feberkramper'. Dette er et viktig poeng, i og med at det er stor forskjell på å være mentalt forberedt på krybbedød og feberkramper som vanligvis går over. Stort sett dreier tilfeller av 'livløst barn' seg i virkeligheten om tilstander som feberkramper, og når ambulansepersonellet ved ankomst har møtt unntaket fra regelen – unntaket som virkelig ser ut som krybbedød – rapporterer alle vi har intervjuet at det føles dramatisk.

Flere av ambulansepersonellet vi intervjuet har vært involvert i tilfeller av krybbedød før AMK begynte å eksistere i dagens form. Alle med erfaring fra denne tiden rapporterer at det har vært langt mer utfordrende å bruke interaktive kommunikasjonskanaler til å få en god forståelse av hva som har ventet dem. Innenfor rammene av de moderne varslingsmåtene og sambandet med AMK er det i dag mulig å ha nær kontakt mellom bil, AMK og foreldrene, og det er således mulig å oppdatere kunnskapen om situasjonen jevnlig. Alle ambulansepersonell vi har intervjuet, rapporterer like fullt at de ofte skulle hatt mer informasjon enn 'livløst barn' som er den meldingen de forteller at de interaktivt har fått på skjermen i bilen. Men man bør vel samtidig kunne si at dette ikke alene bør være AMK sitt ansvar, at ambulansen også bør kunne ta initiativ til å bli oppdatert i situasjonen i tilfelle AMK har fått mer relevant kunnskap om barnets tilstand.

Dette er i det hele tatt et av de områdene hvor interaktiv kommunikasjon kan være avgjørende for hvor godt mentalt forberedt ambulansepersonellet er (Nordby 2006). I tilfeller der AMK får informasjon som klargjør alvorlighetsgraden av situasjonen, kan mannskapet i ambulansen være bedre mentalt forberedt hvis de får informasjonen kommunisert videre. Flere av de vi har intervjuet rapporterer at det blir en ekstra stor belastning når de forstår at det virkelig er noe alvorlig. Som en sier: 'Jeg forsto det var noe spesielt da jeg hørte moren skrike hysterisk lenger inne i huset'. Det som er litt viktig i denne type situasjoner er at ambulansepersonellet blir så godt realitetsorientert som mulig. Det er uheldig hvis AMK sitter på avgjørende informasjon (det vil for eksempel kunne komme frem i samtalen med foreldrene at barnet ikke lenger har vanlig kroppstemperatur), uten å kommunisere dette videre til ambulansen.

Flere av de vi har intervjuet fremhever hvor viktig det er at AMK gjør en god jobb både overfor dem og foreldrene i denne perioden. En sier at det i denne sammenheng er 'stor forskjell på erfarne og ikke erfarne folk i AMK'. Men selv for de som ikke har mye erfaring bør det etter vår mening være opplagt at man bør oppdatere ambulansen hvis man får innsikt i situasjonen som kan være nyttig. En del ambulansepersonell jobber også som ambulanseskoordinatorer i AMK, og så lenge sykepleier i AMK er opptatt med HLR-veiledning er det viktig at ambulanseskoordinator har fokus på ambulansen og vurderer hvordan den kan oppdateres i forhold til det som kommer frem i samtalen mellom sykepleier og foreldrene.

Den mentale forberedelsen gjelder ikke bare det psykologiske. En viktig del av ambulansens beredskap er å tenke gjennom hva man skal gjøre og planlegge fordeling av arbeidsoppgaver. Jo større klarhet ambulansen har om hva som faktisk venter, jo bedre vil disse forberedelsene passe med virkeligheten. En av de vi intervjuet legger spesiell vekt på praktiske og tekniske aspekter, at det er 'viktig å være trygg på at bil og utstyr fungerer optimalt', og at det blir ekstra tydelig i dramatiske situasjoner som involverer mennesker i kriser. Man vil nødig ha en ekstra usikkerhet av denne typen hengende over seg i tilfeller av mulig krybbedød.

Noe annet som kan skape ekstra stress før det første møtet er at det kan være vanskelig å finne fram. En forteller at mens ambulansen var på vei til et tilfelle av 'livløst barn', så 'får vi ny melding om et nytt tilfelle litt lenger ned i gaten'. Dette resulterte i at mannskapet måtte dele seg. En måtte løpe til det nye stedet, mens en ble igjen på det første stedet de akkurat

hadde ankommet. Det nye stedet viste seg heldigvis å være falsk alarm, men man kan jo forsøke å tenke seg hvordan det er å være første ambulanse framme i en situasjon av denne typen.

Årsakene til at det oppstår falske alarmer kan variere, men i alle tilfeller skaper det ekstra usikkerhet for ambulansepersonellet. Som vi viste over opplevde en av foreldrene vi intervjuet at det var vanskelig for ambulansen å finne frem, noe som opplagt vil føles som en ekstra belastning også for ambulansepersonellet. Tilfeller av akutt skade eller sykdom hos små barn er tilfeller hvor viktigheten av å ha et oppdatert interaktivt kartverk kommer spesielt godt frem. Dette ble sterkt understreket av et foreldrepar som bodde i et boligfelt som ble bygget noen år før hendelsen, og som også opplevde at det tok litt lenger tid enn det de mente å kunne forvente før ambulansen kom: 'Vi kan ikke skjønne hvorfor ambulansen ikke hadde et GPS system som dekket boligfeltet vårt.'

Et av ambulansepersonellet vi intervjuet fortalte om en situasjon hvor det faktisk ikke var falsk alarm, men utrolig nok to tilfeller av krybbedød ikke langt fra hverandre. Han karakteriserer dette som 'ekstremt utfordrende', spesielt siden det ikke er uvanlig at det kan være litt tvil om adressen og flere mennesker som ringer inn, for eksempel slektninger som har blitt oppringt av mor eller far og som selv ringer inn fra hus like ved (tilfeller av falsk alarm av den typen vi beskrev over kan nok ofte forklares på denne måten). Igjen vil man lett kunne tro at det dreier seg om en misforståelse, og at det i virkeligheten bare er et tilfelle. Virkelighetssjokket vil være stort og stressnivået enormt høyt når det faktisk viser seg å være to forskjellige tilfeller.

Flere av de vi intervjuet la vekt på at det kan være vanskelig å komme i kontakt med foreldrene. Mange foreldre møter ambulansen aktivt, men noen kan være så fokusert på barnet eller i en så omfattende krisetilstand at de ikke tenker på å låse opp dører eller svare på ringeklokker med en gang. Et ambulansepersonell forteller at de kom frem og ventet flere minutter uten å få kontakt med foreldrene. De fant ingen ringeklokke, og selv om de banket på ytterdøren så godt de kunne, var det ingen som lukket opp. Til slutt kom en bekjent av familien kjørende i bil og ledet dem inn i en leilighet lenger inne i huset. Ambulansepersonellet husker spesielt godt at denne personen 'faktisk kjeftet på familien fordi de ikke hadde lukket opp'. Når dette er starten på interaksjonen, blir det en ekstra påkjenning for alle parter.

3.4 Det første møtet

Med det første møtet mener vi den første ansikt-til-ansikt kontakten mellom ambulansen og foreldrene. Et gjennomgående trekk i intervjuene våre er at foreldrene ikke tenker på møtet mellom dem selv og ambulansen som en selvstendig hendelse. Et typisk synspunkt, som en sier, er at 'Plutselig var ambulansen der'. Eller som en far som holdt på med HLR tenker tilbake: 'Det jeg husker er at jeg kikker til siden og plutselig ser noen skitne støvler på teppet i gangen utenfor soverommet'.

Det at foreldrene ikke husker noen formell start på interaksjonen (presentasjon av navn etc.) er forenelig med at ambulansepersonellet har opptrådt på en måte som ikke føles som en spesiell start på en interaksjon (Eide & Eide 2005). Samtidig skal man huske at situasjonene har vært svært dramatiske og hektiske. Det at foreldrene ikke husker selve møtet som noe spesielt betyr ikke at møtet ikke har vært spesielt. Tvert i mot, ut fra grunnleggende kommunikasjonsteori er det grunn til å anta at det er noen forskjeller i åpningen av relasjonen som preger den videre interaksjonen (Enelow *et al.* 1996).

Generelt kan man si at slik ambulansepersonellet beskriver det første møtet, så er de i all hovedsak fokusert på barnet. Som en sier: 'Vi løp forbi foreldrene og inn på rommet der barnet lå'. Foreldrene rapporterer også at de først og fremst tenker på barnet. Et uttrykk som et av foreldreparene bruker, og som virker representativt, er at de får et slags 'tunnelsyn' på

barnet. De er i liten grad opptatt av møtet mellom dem selv og ambulansen. Hvordan ambulanspersonellet presenterer seg er ikke viktig for dem. Det foreldrene er opptatt av er at ambulanspersonellet skal gjøre det de kan for barnet så raskt som overhodet mulig. Det at ambulansen umiddelbart overtok HLR, og at de selv ble stående i bakgrunnen, ble av en av foreldrene beskrevet som 'veldig profesjonelt'.

Det er også viktig å understreke at for foreldrene, så er ikke møtet med ambulansen starten på den direkte ansikt-til-ansikt opplevelsen av den dramatiske situasjonen, men et element i den. Det at ambulansen kommer og overtar HLR på en profesjonell måte kan oppfattes 'nesten som en lettelse' som en sier. Tre av foreldreparene understreker akkurat dette, at 'de endelig kan overlate barnet til profesjonelle', som en uttrykker det. Spesielt to av mødrene gir sterkt uttrykk for at de ville at ambulanspersonellet skulle overta barnet, og at det opplevdes som vanskelig å forholde seg til barnet før ambulansen kom. For ambulansen er erkjennelsen av at det kan dreie seg om krybbedød derimot på en måte starten på alvoret, og inntrykkene de har av det første møtet er av naturlige grunner derfor større.

Det er påfallende hvor mange bilder av møter med foreldre og barn ambulanspersonellet har spikret i bevisstheten. En forteller at barnet lå 'nakent og alene på gulvet'. En annen forteller at barnet nærmest ble 'kastet til dem' av 'desperate foreldre', en tredje at foreldrene 'sto ute i regnet med barnet i armene' og ventet på dem. I et tilfelle forteller en at 'to eldre søsken møtte dem med barnet i armene'. I en annen spesiell situasjon ble barnet funnet livløst i et stort selskap og 'vi ble møtt utendørs av 50 hysteriske gjester'. En forteller at de måtte 'lirke barnet ut av armene til moren', og en møtte en mor 'som ikke ville gi fra seg barnet før lege kom til stedet'.

Ett foreldrepar møtte ambulansen et stykke fra huset med barnet i armene, og barnet ble umiddelbart lagt inn på båren i ambulansen mens foreldrene ble stående igjen utenfor. Dette ble opplevd som 'litt brutalt' fra ambulanspersonellets perspektiv, men de så ikke noe bedre alternativ. Ut fra det foreldrene rapporterer om at de har et slags tunnelsyn på barnet, kan det også være grunn til å tro at det at ambulanspersonellet konsentrerer seg om barnet kanskje ikke alltid oppleves så brutalt som man kanskje kan tro. Dette støttes av opplevelser en av foreldrene som ble stående igjen utenfor ambulansen har: 'De tok barnet med inn i ambulansen og begynte gjenopplivning der, men jeg reagerte ikke noe spesielt på det'. Når det gjelder spørsmålet om hvordan foreldrene opplever at aktiviteten overfor barnet skjer i ambulansen med skjermet innsyn for foreldrene, vil det nok samtidig være en del individuelle forskjeller.

Ett foreldrepar opplevde at ambulanspersonellet 'passet på dem', slik at de ikke var alene. Dette ble oppfattet som bra: 'Det er positivt at de ikke lar folk være alene [i en situasjon av denne typen]. Hvis man er alene kan det lett bikke over.' Faren i et annet tilfelle hadde et spesielt møte med ambulansen hvor han opplevde en sjelden varhet når det gjaldt å forholde seg psykologisk til ham. Dette er så spesielt at vi har med et lengre sitat. Faren har akkurat kommet hjem fra butikken, og etter å ha blitt fortalt inne i ambulansen hva det dreier seg om, forteller han:

Jeg måtte bare ut, jeg måtte ha luft...jeg husker at han fulgte etter meg, men han holdt en viss avstand. Så sa jeg: Jeg skal vel kanskje ikke spørre dere om dere har røyk. Jeg fikk en røyk av ham, enda jeg ikke røyker i det hele tatt... Han fulgte etter meg hele tiden, han pratet til meg, jeg aner ikke om hva. Jeg svarte, men jeg husker ikke hva vi pratet om. Jeg tror faktisk vi pratet både om 'vær og vind' og om hva de gjorde i ambulansen. Noen ganger forsøkte han å forklare hva som skjedde, men han forsto nok også at det ikke alltid gikk så bra, at jeg ikke klarte å oppfatte så veldig godt hva han sa.

Denne faren var spesielt imponert over hvordan ambulanspersonellet utviste nærhet og ansvarsfølelse, men samtidig en slags respektfull avstand. Personen fulgte etter faren, han var opptatt av hvordan det gikk med ham, og han markerte det overfor faren. Samtidig ville han ikke, som faren tenkte på det i etterkant, 'trengte seg på'. Faren satt stor pris på at ambulanspersonellet handlet på denne måten, at han var flink til å forholde seg til faren på farens egne premisser: 'Noen ganger datt jeg ut, men han var flink til å forstå det'. Moren, som observerte det litt fra avstand tenker tilbake på situasjonen: 'Det hadde vært litt ekkelt om han [faren] bare hadde stått der uten at noen forholdt seg til ham.'

Faren tenkte mye på denne måten å utøve omsorg på i ettertid, og han var imponert over den måten ambulanspersonellet fant en god balanse mellom det å være medmenneske og det å la ham få bearbeide situasjonen på sin egen måte. Som han sier, denne personen 'leste meg på en god måte'. I tillegg gjorde personen etter farens mening en svært god jobb med å holde 'naboer og andre nysgjerrige unna'. Faren opplevde samtidig et litt mindre heldig møte med en ambulanse som kom senere til stedet. Selv om det var mange helsepersonell på stedet valgte en de nye som kom å henvende seg til faren og spørre direkte: 'Hva er det som har skjedd?' I denne situasjonen mener vi det opplagt ville være bedre å henvende seg til en kollega.

Ett par opplevde møtet litt vel brått og unødvendig brutalt. Blant annet fikk de nokså umiddelbart beskjeden 'Ta barna inn på eget rom' (søsknene til det livløse barnet). Bortsett fra dette paret har ikke de andre parene vi har intervjuet noe spesielt negativt å si om det første møtet med ambulanspersonellet. Ambulanspersonellet er i stor grad fokusert på å gå rett på barnet og overta HLR, men det er også hva foreldrene forventer fra starten av. Men hva med det som skjer videre i interaksjonen, når ambulanspersonellet i større grad er virkelighetsorientert om situasjonen og når det i prinsippet er mulig å utvise omsorg og kommunisere med resten av familien? I den neste delen skal vi se at noen av foreldrene har hatt negative erfaringer.

3.5 Fokuset på barn og foreldre

I denne delen er vi opptatt av relasjon mellom foreldrene og ambulanspersonellet etter det første møtet, og vi er spesielt opptatt av kommunikasjon dem i mellom. Innenfor rammene av det generelle hendelsesforløpet, slik det typisk skjer i tilfeller av denne typen, presenterer vi først foreldrenes og deretter ambulanspersonellets opplevelser.

Fokuset på barnet handler om å utøve hjerte-lunge-redning (HLR) etter de prosedyrene som er nedfelt i ambulanspersonells opplæring og arbeidsinstrukser. I tilfeller av krybbedød avsluttes behandlingen på stedet, i bilen/helikopter eller på sykehus. Hvor HLR avsluttes avhenger av mange faktorer og bestemmes delvis ut fra generelle retningslinjer, delvis ut fra forhold som kan variere fra sted til sted (som for eksempel avstand til sykehus). Å undersøke hva som ligger til grunn for vurderinger om å avslutte HLR faller utenfor fokuset vårt. Det som er litt viktig for oss er det psykologiske. I tilfeller hvor ambulanspersonellet mener det er riktig å avslutte HLR, hvordan kommuniserer de det til foreldrene? Dessuten, hvordan forholder de seg til resten av familien mens de holder på med HLR?

Når det gjelder kommunikasjon rundt HLR, forteller ett av foreldreparene at ambulansen etter en stund varslet dem om at det ikke hadde noe hensikt å fortsette med HLR. Dette ble oppfattet som positivt. På den ene siden hadde foreldrene 'en klar formening om at barnet var dødt', og ambulanspersonellet hadde holdt på en lang stund. På den annen side kom ikke beskjeden for brått. Samtidig virker det klart at hvordan foreldre vil reagere på en ytring av denne typen opplagt vil kunne variere en del. For ambulanspersonellet er det viktig å forsøke å danne seg en oppfatning om hvordan beskjeden vil bli mottatt før den kommuniseres.

Noe man i alle tilfelle bør forsøke å unngå er å gi inntrykk av at man holder på for syns skyld. Et av foreldreparene rapporterer at de fikk dette inntrykket. Det virket opplagt for dem at barnet var dødt, men ambulansen holdt på helt til avreise uten at 'det så ut til å være noe poeng'. Dette kan høres uheldig ut, spesielt siden utøvelse av HLR kan se brutalt ut og ikke gir foreldrene den samme muligheten til å ha kontakt og nærhet med barnet. Et av foreldreparene la stor vekt på at etter at ambulansen hadde avsluttet 'ble alt mye roligere', og at 'ambulansen gav dem god tid til å være sammen med [barnet]'. Så lenge HLR utføres vil det automatisk være en fysisk og psykologisk avstand mellom foreldre og barn. Men igjen er det ikke så lett for ambulanspersonellet å vite hva foreldrene ønsker. Det kan også være at de har instruksjoner som de mener tilsier at de holder på helt til sykehuset eller eventuelt til lege kommer. Det kan være mange forhold som spiller inn, og det er viktig for ambulansen å forsøke å finne en god balanse mellom de forskjellige hensynene.

Denne type situasjoner oppleves ofte, som et ambulanspersonell sier, som et reelt 'etisk dilemma', en situasjon hvor det ikke finnes noen selvinnsynende svar, og hvor det er få klare regler eller åpenbare løsninger å støtte seg på. Spesielt utfordrende kan det være når foreldrene spør om det er noe håp. Ett av foreldreparene rapporterte at ambulanspersonellet på spørsmål om hvordan det gikk svarte 'Vi gir ikke opp'. Dette ble opplevd som et godt svar. På den ene siden fikk de kommunisert nettopp det at de ikke gav opp, men som foreldrene sier, tonen i budskapet 'gav klart uttrykk for at de ikke syntes det var en stor sjanse'. Et annet foreldrepar vektlegger også akkurat dette, at beskjeden om at de ville fortsette ble fremsatt på en så spesiell måte at foreldrene antok at ambulansen vurderte mulighetene som svært begrensede.

I disse tilfellene oppsto det inkongruent kommunikasjon - kommunikasjon hvor det ikke er fullt samsvar mellom innholdet i det som blir sagt og måten det blir sagt på - men det interessante er at dette ikke ble opplevd negativt av foreldrene. Foreldrene opplevde at ambulanspersonells ord, tonefall og kroppsspråk til sammen uttrykte et forståelig, enhetlig budskap som ikke på en enkel måte kunne reduseres til *bare* ord. (Nordby 2005). Igjen må det understrekes at det er vanskelig å si så mye generelt om dette (Radley 1994). Et av foreldreparene understreker at 'Selv om det ikke er noe håp tror du det er et håp likevel', og i så fall vil inkongruent kommunikasjon lett kunne oppfattes mer negativt.

Alle foreldreparene mente at ambulanspersonellet kunne ha gitt mer informasjon. Dette oppfattes imidlertid ikke alltid som svært negativt. To av foreldrene rapporterte at de i alle fall hadde problemer med å være til stede og bearbeide sanseinntrykkene de allerede hadde mottatt. To andre er mer negative. Spesielt ett av foreldreparene merket seg at selv om det etter hvert var 'syv inne hos dem' og flere som ikke direkte holdt på med HLR, så var det ingen som kom bort til dem for å fortelle hva som skjedde.

I tillegg til det ren faktisk informasjon, savner flere av foreldreparene omsorg. Det er viktig at ambulanspersonell virkelig tar inn over seg at det på dette tidspunkt i interaksjonen normalt ikke er noen andre som tar seg av foreldrene. Ut fra hva foreldrene forteller er det imidlertid igjen viktig å finne en balansegang. Foreldrene ønsker at absolutt alt som det er mulig å gjøre overfor barnet skal prøves, og de savner ikke mye oppmerksomhet så lenge de har en oppfatning om at det er riktig å fokusere på barnet. Det er først når/hvis det er så mange innsatspersonell til stede at man kan sette av personer til å forholde seg til foreldrene, at mange av foreldrene opplever at det er relevant med en mer inngående interaksjon. Et av foreldreparene opplevde at et ambulanspersonell sto for seg selv og 'så ut som han helst ville vært et helt annet sted'. Dette er ikke heldig, men samtidig er det viktig å understreke at foreldrene i intervjuene våre gir uttrykk for at de forstår hvorfor det kan være vanskelig for ambulanspersonell å forholde seg til dem. I det hele tatt synes vi at foreldrene, når de har reflektert over situasjonen, har vist en imponerende evne til å forstå ambulanspersonellens perspektiv.

Flere av foreldrene synes like fullt at ambulansepersonellet kunne vært mer imøtekommende når foreldrene selv kom med spørsmål eller kom inn i rommet hvor HLR ble utført. Ambulansepersonell kan lett tro at det kan være 'svært tøft for foreldrene å se på omfattende HLR på et så lite barn' som en sier, og det er også en mulighet for at de opplever det å ha mor eller far rundt som en ekstra psykologisk påkjenning. Men som en mor som hadde blitt bedt om å gå ut av kjøkkenet sa i intervjuet: 'Det var jo mitt barn'. Alle foreldrene i intervjuene våre gav klart uttrykk for at dette ville de bestemme selv, men at det noen ganger sto i kontrast til ambulansepersonellens anbefalinger. En av foreldrene rapporterer at han nærmest ble 'skjøvet ut' av rommet der HLR pågikk.

Dette gjelder ikke uten unntak. En lege som var et sted sa 'Dere må gjerne gå ut'. Dette ble oppfattet som en oppfordring om å gå ut, men samtidig ikke som en kommando. I dette tilfellet gikk foreldrene ut av rommet, og det er interessant å tenke på at de kanskje ikke ville ha gjort dette hvis de hadde fått servert det mer som en brutal kommando (som 'Gå ut!'). Spesielt når det har vært få innsatspersonell til stede, gir foreldrene uttrykk for at de har forståelse for at det en stund må være fokus på barnet, og at de blir overlatt til seg selv.

Selv om foreldrene tilsynelatende har hatt en god forståelse av hvor utfordrende det kan være for ambulansepersonell å forholde seg til dem, så betyr selvsagt ikke det at ambulansepersonellet bør kunne gjøre hva som helst, og spesielt viktig blir dette når det er flere til stede. Et foreldrepar opplevde flere handlinger de i ettertid opplevde som uheldige. De reagerte spesielt på at selv om det var mange ambulansepersonell til stede, så ble 'de andre barna [søskenene] stengt inne på et annet rom', uten at noen var sammen med dem. Det følte svært galt og hadde preget søskenene i ettertid. Dette foreldreparet fikk heller ikke noe informasjon overhodet om hva som foregikk og kom til å skje videre, og ble slik de oppfattet det hele tiden 'geleidet vekk' mens ambulansepersonellet holdt på.

Når det gjelder ambulansepersonellens stressnivå bedømt ut fra foreldrenes perspektiv, så er foreldrene jevnt over av den oppfatning at ambulansepersonellet var flinke til å opptre profesjonelt og målrettet. Tre av foreldreparene legger vekt på at de var rolige, mens to av parene beskriver ambulansepersonellet som litt oppkavede. Det siste oppfattes imidlertid som 'naturlig' og ikke som noe særlig negativt i seg selv, så lenge det ikke får spesielt uheldige konsekvenser. Som en sier: 'De virket litt stressede, men ikke mer enn det man kan forstå'. Som nevnt over opplevde et av foreldreparene at selv om det var mange ambulansepersonell til stede, så var det en som ikke gjorde noe. Denne personen ble beskrevet som en person som var i en tilstand som ikke gjorde ham egnet til å bidra. Etter foreldrenes mening virket det som han 'låste seg', og særlig når det medførte at 'det var en del enkle praktiske ting som ikke ble gjort' ble det oppfattet svært negativt.

To av foreldreparene opplevde dette særlig i forhold til andre barn som var til stede. Etter disse foreldrenes mening burde ambulansepersonellet avgjort ha gjort en større innsats for å utvise omsorg overfor resten av familien. I begge disse tilfellene forteller foreldrene at det til sammen var minst seks personer i huset fra helsevesenet (i det ene tilfellet også fra politiet), men selv om bare tre deltok i HLR aktiviteter, var det ingen som tok noe spesielt initiativ til å passe på andre barn. I den ene familien var det tre mindreårige søsken, og mor husker hvordan en som var tre år sto alene igjen 'midt på gulvet' mens hun satt i sofaen med de to andre. Far satt og gråt og var ikke i en tilstand som gjorde det mulig for ham å ta seg av denne treåringen.

Etter vår mening må man kunne spørre om man ikke bør kunne forlange mer av ambulansepersonell enn dette. Det kan selvsagt virke vanskelig å forholde seg til foreldrene og andre barn, men når man nærmest gjør vondt verre ved ikke å bidra er det uheldig. Dessuten er det ofte ikke mye som forventes. Som en mor sier: 'Det skal jo ikke mye til, og man kan i det minste forsøke å utvise noe omsorg'. Satt på spissen kan man nesten si at det hadde vært bedre, fra foreldrenes perspektiv, om personen som 'låste seg' i eksemplet over

hadde blitt igjen i bilen. Ambulansetjenesten er organisert slik at man ofte har med seg lærlinger og hospitanter som ikke alltid får en avklart eller selvstendig rolle, og det er uavhengige gode grunner til at man har denne ordningen. Men man må være klar over hvilke inntrykk det kan skape i noen helt spesielle situasjoner hvor det tilsynelatende er, i det minste fra foreldrenes perspektiv, opplagte ting selv en 'menigmann' bør kunne gjøre for å tilnærme seg resten av familien på en god måte.

3.6 Ambulansepersonellens erfaringer

Også fra ambulansepersonellens perspektiv er variasjonene ganske store. Flere gir uttrykk for at krybbedød tilfeller er så spesielle og dramatiske at de 'ikke klarer å ha noe annet klart fokus enn på barnet'. Som et typisk svar på spørsmålet om hva som hendte da de kom frem svarer en: 'Vi løp forbi foreldrene inn på rommet der barnet lå'. Et annet vanlig synspunkt er at 'vi fokuserte på barnet og utførte hjerte- og lungeredning'. De fleste gir uttrykk for at handlingene de utfører i mindre grad er rettet direkte mot foreldrene, selv i de tilfellene der det etter hvert er flere enn tre helsepersonell til stede.

Det gis også to andre grunner til hvorfor man i relativt liten grad forholder seg til foreldrene. For det første hevder flere at foreldrene ikke er i en tilstand som gjør at det er enkelt å kommunisere. En rapporterer at i de tilfellene han har vært i 'så er ikke foreldrene i stand til å ta i mot særlig mye informasjon'. En annen gir uttrykk for noe av det samme: 'Foreldrene er ikke i stand til å kommunisere'. For det andre rapporterer flere at de har mer enn nok med seg selv og det livløse barnet, og at det blir uoverkommelig vanskelig å forholde seg til foreldrene i tillegg: 'Vi er bare mennesker vi også' er et representativt utsagn en bruker for å forklare hvorfor han ikke forholdt seg til foreldrene i større grad.

Flere av ambulansepersonellet gir i det hele tatt uttrykk for en grunnleggende ide om at de gjerne skulle klart å forholde seg mer til foreldrene, men at det går en grense for hvor mye man kan klare. Her er det imidlertid tilsynelatende uenighet mellom intervjuobjektene våre. Flere andre hevder nemlig at man bør kunne klare å ivareta og kommunisere med foreldrene på en ganske god måte. Denne motsetningen står for oss som noe av det mest interessante vi har avdekket. Her er et synspunkt som heller til den ene siden, som i stor grad vektlegger hvor vanskelig det er å forholde seg til foreldrene. Ambulansepersonellet vi intervjuet kommenterer forslaget om at en person bør frigjøres fra HLR aktiviteter når rammene for denne aktiviteten er avklart, og det er minst fire innsatspersonell til stede. Han sier:

Det er vanskelig å frigjøre en når det gjelder barn. Vi kunne ha gjort det. Grunnen til at det ikke skjer er at vi ikke klarer å være profesjonelle i denne rollen. Vi kvier oss for det noe voldsomt. Det er lettere å fokusere på det tekniske, og så gruer vi oss noe jævlig for å snu oss og se dem inn i øynene.

Denne personen forteller om en episode hvor en far var alene hjemme med det livløse barnet og et eldre søsken:

Jeg er sikker på at i den situasjonen der, så hadde jeg ikke mestret en samtale med ham, jeg hadde rett og slett ikke mestret det. Det er vel kanskje en av de gangene hvor jeg har følt meg minst tilstrekkelig... Det hører også med til historien at jeg hadde en på samme alder hjemme, og det gjør noe spesielt med en. Du ser barnet ditt, det er som på film, det er ditt barn som ligger der. Det er helt sprøtt.

Da de dro fra stedet uten at det var avsluttet forteller han videre at 'det er om å gjøre å sloss seg inn i sykekupeen for å ha ansvaret for barnet og slippe å ha ansvaret for far. Jeg husker jeg var veldig glad jeg slapp det.' Ved ankomst sykehus, da de så faren i akuttmottaket,

forteller han til slutt: 'Mitt største ønske var å gå bort til ham, for å holde rundt ham eller noe sånt... Men det fikk jeg meg ikke til. Det hadde jeg ikke greid.'

Denne personen gikk så langt som til å si at situasjoner av denne typen føles så ekstreme at han ikke bare opplever dem som psykologisk svært utfordrende. Han kunne i tillegg oppleve et sterkt fysisk ubehag – kvalme – som han var redd han ikke lenger kunne kontrollere hvis han også skulle forholde seg til pårørende: 'Du er så sterkt involvert at du rett og slett er redd for å kaste opp på beina til personen du går bort til'.

Vi synes dette er viktige synspunkter å få frem. Ambulansepersonell er faktisk mennesker, med de konsekvensene det nødvendigvis må ha når det gjelder følelser, holdninger og kommunikasjon i interaksjon med kriserammede. Når det gjelder spørsmålet om hva man kan forvente av 'ferdigheter' når det gjelder å forholde seg til resten av familien er det opplagt begrenset hva man kan forvente. På spørsmål om hva man gjør med trening og kunnskap om kommunikasjon med kriserammede svarer personen som beskrev situasjonen over at 'noe kan gjøres', men at det er begrenset. Minst to andre av de vi har intervjuet støtter seg til dette synspunktet, om enn i noe mildere grad.

Det faktum at et såpass pessimistisk syn rundt muligheten av å ha god kommunikasjon med foreldrene fremføres i intervjuene våre er interessant fordi det berører et dypt spørsmål om hva som skal være innholdet i profesjonsutøvers handlingskompetanse i akuttmedisinsk førstelinjetjeneste. I hvor stor grad skal man kreve at akuttmedisinsk personell skal klare å overvinne sine følelsesmessige reaksjoner i tilfeller av akutt skade eller sykdom hos små barn? Utover det medisinsktekniske, skal man kunne tillate at man 'låser seg helt', som vi så at et av foreldreparene beskrev det over? Eller bør man kunne forvente at ambulansepersonell faktisk klarer å kommunisere og utvise en del omsorg? Hvor går grensene for hva man kan forvente?

Spesielt et av ambulansepersonellet vi intervjuet gav uttrykk for et syn som tilsynelatende står i kontrast til det mer pessimistiske synet. På spørsmål om det er viktig at ambulansepersonell klarer å utvise omsorg og kommunisere godt med foreldrene når det er behov for det svarer han:

Ja, det tror jeg. Jeg er helt uenig i at det å forlange at man kommuniserer godt er å kreve for mye. Jeg blir nesten provosert når jeg hører det [synspunktet]. Åtti prosent av jobben vår er å være medmenneske, samme om du er på en akuttbil eller dagbil. Det eneste mange pasienter ønsker er en hånd å holde i, noen som er der for dem... Noen av de vi kjører er terminale kreftpasienter hvor vi er med å ta farvel med hjemmet deres for siste gang.

Denne personen sier at hvis man har store problemer med å forholde seg til mennesker i krise, da

...tror jeg de har valgt feil yrke. Da tror jeg man er der for blålysene og røddressen og ikke noe annet. Det har blitt litt sånn eplekjekk 'her er jeg' stemning noen steder, at jeg ikke skal vise kollegaene mine at jeg faktisk kan skru av den bryteren litt, at jeg kan være litt hyggelig og medmenneske.

Den samme personen fremhever at 'Jeg er ingen psykolog, men det tror ikke foreldrene heller'. Han mener at det er viktig å si til dem: 'Dere har så mye mer dere trenger å snakke om enn det jeg klarer å tilby dere, men jeg skal ordne noe, jeg skal sette i gang noe. Jeg skal ta dere med til noen som kan gi dere det tilbudet jeg ikke føler at jeg kan gi dere.' I følge denne personen bør man ta initiativ til rolleavklaring på denne måten, og også erkjenne det overfor seg selv, slik at man ikke har kunstige forventninger til sine egne prestasjoner.

Det faller utenfor rammene av dette prosjektet å ta stilling til om denne tilsynelatende kritikken av det pessimistiske synet er rimelig. Poenget vårt er at hvis man er interessert i å ta stilling til hva som faktisk skal være innholdet i ambulansepersonells profesjonelle handlingskompetanse, så er det viktig å gå inn i denne diskusjonen. Skal handlingskompetansen være av en ren medisinskteknisk karakter, eller skal man klare å utvise omsorg og kommunisere selv i svært dramatiske og utfordrende situasjoner? Ut fra funnene i intervjuene våre er det opplagt at dette spørsmålet fortjener en god del mer oppmerksomhet enn hva det har fått i helsefaglig litteratur om kommunikasjon.

Hvordan man skal forholde seg til foreldrene må selvsagt også settes opp mot foreldrenes forventninger i hvert enkelt tilfelle. En rapporterte at de var 'klar over at de ikke snakket med mor og far', men at dette så ut til å være 'stilltiende akseptert': 'Det så ut til at foreldrene hadde mer enn nok med seg selv'. Andre rapporterer at foreldrene var opptatt av å kommunisere med andre, både ansikt-til-ansikt og over telefon, og at de ikke ønsket å bryte inn i denne kommunikasjonen. Noen er også opptatt av at foreldrene opplever en krise på en måte som de ikke føler at de bør forsøke å påvirke. Poenget er dermed ikke nødvendigvis at man føler at man ikke klarer å kommunisere, men at man ikke føler det som riktig. Eksemplet vi viste til over med ambulansepersonellet som til dels holdt seg i bakgrunnen men samtidig 'var tilstede' overfor faren, kan vel kanskje tolkes som et eksempel på dette, og denne situasjonen ble jo også opplevd på en positiv måte av faren. En vi intervjuet sa at hun forsøkte å snakke med foreldrene, men fikk svar som gjorde at hun syntes det var riktig å la dem 'bearbeide situasjonen selv'. Her har vi igjen tilsynelatende en varhet for hva foreldrene ønsker, og så lenge inntrykket stemte med virkeligheten, så ville et forsøk på å snakke med foreldrene lett kunne oppfattes som at man snakker dem i senk.

En vi intervjuet legger vekt på at 'de som kan virke mest rolige kan være vanskeligst å kommunisere med'. På samme måte virker det rimelig å anta at det kan gå den andre veien. En person som virker oppjaget kan få med seg en del, selv om personen tilsynelatende ikke er i en tilstand som gjør det enkelt å ta inn over seg faktisk informasjon. En fortalte at han var 'overrasket over hvor my faren fikk med seg'. Dette er i det hele tatt et område hvor det later til å være få konkrete handlingsregler, og det fremheves av flere av intervjuobjektene våre. 'Foreldrene er jo så forskjellige' er et typisk synspunkt. Men det at foreldrene oppleves som forskjellige utgjør jo samtidig en god grunn til å tenke litt på hvordan man skal få til god kommunikasjon. Det er viktig å forsøke å se litt bak fasaden og forsøke å danne seg en oppfatning om hvor godt de er i stand til å ta inn over seg budskap som kommuniseres. Så når det gjelder mer abstrakte ideer om hvordan kommunikasjon skal tilpasses en konkret situasjon kan nok generell kommunikasjonskunnskap være av praktisk nytte for ambulansepersonell i interaksjon med kriserammede.

I tillegg til psykologiske forhold kan lite kommunikasjon ha mer opplagte årsaker. Ett av intervjuobjektene våre fortalte om en situasjon der det var venner og bekjente av familien til stede, og hvor de tok seg av omsorgen av foreldrene. 'Det var ikke noe særlig mer vi kunne gjøre for foreldrene enn det de andre gjorde'. Kontakten mellom foreldrene og ambulansepersonellet gikk i denne situasjonen mye gjennom mellomledd. Personer som tilsynelatende ikke var fullt så kriserammede kommuniserte med ambulansepersonellet om HLR og hva som eventuelt ville skje videre.

Et annet praktisk forhold som kan påvirke kommunikasjonen mellom ambulansepersonellet og foreldrene er språkbarrierer. Ett av ambulansepersonellet opplevde dette. Foreldrene snakket ikke norsk, og kommunikasjonen gikk gjennom en slektning eller bekjent (relasjonen ble ikke helt klarlagt) som også var på stedet. Men denne personen snakket heller ikke norsk, bare engelsk. Dette la store føringer på kommunikasjonen og gjorde det naturlig nok 'vanskelig å kommunisere'.

Det er interessant at spørsmålet om å gi faktisk informasjon i liten grad berøres av ambulansepersonellet i intervjuene våre. På en måte er det en motsetning her som er litt annerledes enn det man ellers lett vil kunne tro. Mange av foreldrene vi har intervjuet gir uttrykk for at de har et slags overordnet fokus på de faktiske forhold rundt barnets tilstand og forholdene ellers. Som vist over virker betegnelsen 'tunnelsyn på barnet' treffende, men dette fokuset inkluderer også behovet for å vite mer om HLR, barnets tilstand og hva som kommer til å skje videre. I tillegg har det vært viktig for foreldrene å få avklart praktiske forhold rundt situasjonen. Som vist over oppleves det som viktig at ambulansen gjør en del praktiske ting som å ta seg av eldre søsken og å holde nysgjerrige naboer unna når det er relevant.

Ambulansepersonellet er på sin side tilsynelatende mer opptatt av de følelsesmessige aspektene og utfordringene knyttet til kommunikasjon. I tillegg til sine egne følelsesmessige tilstander kan det virke som de i større grad velger å handle overfor foreldrene ut fra antagelser om hvordan foreldrene har det emosjonelt. Vi skal være varsomme med å trekke konklusjoner, men det kan kanskje virke som om ambulansepersonell noen ganger undervurderer foreldrenes behov for faktisk informasjon og hjelp til en del praktiske ting som kan gjøre det enklere for foreldrene. Med andre ord: Det er ikke tilfelle at foreldrene sjelden bryr seg om hva slags informasjon de får (hvis de i det hele tatt får informasjon) eller hva som blir gjort i tillegg til HLR. Det betyr mye for foreldrene at man faktisk får informasjon, og at man ikke forholder seg til det livløse barnet og resten av familien på uheldige måter. Et godt eksempel kan være prinsippet om at man 'ikke bør behandle det livløse barnet som et objekt, men som et menneske', slik en av foreldrene uttrykker det. For foreldrene er barnet fortsatt deres eget uvurderlige barn med en spesiell personlig identitet.

Det kan etter vår mening derfor ikke skje så mye galt ved å forsøke å kommunisere og å tilpasse seg foreldrenes perspektiv som medmennesker. Det kan kanskje virke som foreldrene er i stand til å ta i mot informasjon og sette pris på omsorg i større grad enn det ambulansepersonell noen ganger har lett for å tro. Ingen av foreldrene vi intervjuet som opplevde at ambulansepersonellet forsøkte å kommunisere og utvise omsorg opplevde det som negativt at de forsøkte, og ingen av foreldrene gav uttrykk for at de forventet at ambulansepersonell skal være 'eksperter' når det gjelder mellommenneskelige forhold. Tre av foreldreparene sa direkte at det å forsøke å fremstå som et 'medmenneske' i en slags likeverdig symmetrisk relasjon når man ser bort fra det medisinsktekniske, ville være av avgjørende betydning for dem.

Vi synes dette er et viktig funn, siden det er rimelig å anta at mangel på initiativ overfor foreldre noen ganger kan forklares ut fra urealistiske antagelser om at foreldrene forventer at man er en slags profesjonell krisepsykolog. Intervjuene våre gir ikke grunn til å tro at foreldre har denne typen forventninger, og kunnskap om dette funnet kan kanskje bidra til å gjøre det enklere for ambulansepersonell å forholde seg til foreldre i tilfeller av akutt skade eller sykdom hos små barn.

3.7 Avreise og transport til sykehus

Denne siste tematiske delen tar for seg tidsrommet fra når det er tatt beslutning om avreise og transport, til ankomst sykehus hvor foreldrene blir tatt hånd om av annet helsepersonell.

Det er i utgangspunktet viktig å skille mellom tilfeller der HLR er avsluttet på stedet og tilfeller der HLR ikke er avsluttet. Turen til sykehuset kan foregå på en helt annen måte hvis det er avsluttet, i og med at fokuset ikke lenger er på barnet på samme intense måte som under forsøk på gjenopplivning. Hvis situasjonen oppleves som uavklart vil stemningen være mer intens. Et av foreldreparene husker spesielt godt lyden av sirener og en kort beskjed 'Det er litt trafikk'. Dette var en setning som sa dem ganske mye. Det var en enkel beskjed, men det var en beskjed som viste at de var opptatt av å informere og utvise omsorg. Samtidig ble

budskapet fremført på en måte som fortalte dem mye om ambulanspersonellens innbitte fokus på å komme til sykehuset så fort som mulig.

Et av ambulanspersonellet vi intervjuet fortalte at mens mor og far gråt og virket vanskelige å kommunisere med mens de holdt på med HLR, så fikk spesielt mor nesten et overraskende klart fokus på situasjonen i ambulansen etter at det var avsluttet. Hun husker blant annet at 'mor brukte mobiltelefonen i ambulansen for å snakke med slektninger'. For disse foreldrene var det allerede på dette tidspunktet mulig å ta inn over seg og fortelle videre hva som hadde skjedd. I annet tilfelle hvor det ble avsluttet på stedet, opplevde et av foreldreparene det som godt at ambulansen lot dem få tid til å 'stille og kle på barnet i ro og fred... Vi fikk lov til å bruke den tiden vi trengte, og vi følte ikke at de hadde det travelt med å reise.' For disse foreldrene ble turen til sykehuset en verdig tur hvor de hadde barnet i armene, og hvor det var en ro og fred som passet til omstendighetene. Disse foreldrene gav uttrykk for at de var takknemlige for at ambulanspersonellet la situasjonen til rette på denne måten.

Andre opplevde noe helt annet. Uten at noe ble forklart ble en mor, som hun sier, 'geleidet inn i en bil uten noen forklaringer' mens de som hadde barnet brukte en annen. Moren ble ikke tilbudt å være med i bilen hvor barnet var, og hun 'hadde ingen å snakke med i den bilen hun satt i'. Far 'fikk ikke tilbud om å være med i det hele tatt', men ble værende igjen hjemme med de mindreårige søsknene som selv var sterkt preget av situasjonen. Heldigvis var det mulig for ham å kontakte barnets besteforeldre som bodde like ved, slik at de kunne assistere i situasjonen. Faren uttrykte sterk bekymring for hvordan det hadde gått med ham og resten av familien hvis han ikke hadde klart å få tak i denne assistansen.

Denne familien opplevde også det som skjedde videre på vei til sykehuset negativt. Mor fikk i ambulansen svært lite informasjon om hva som skulle skje. Hun ble også svært overrasket over at de kom frem til sykehuset, som hun sier, 'ti minutter før den andre ambulansen'. Det viste seg at ambulansen med barnet hadde kjørt en annen vei som tok lengre tid. Moren forteller også at mens hun ventet på denne ambulansen, så ble hun igjen 'geleidet' inn i et rom for pårørende hvor hun satt alene, fordi sykepleieren som møtte og ledsaget henne til rommet 'skulle gå av vakt'. Det faller utenfor rammene av denne rapporten å vurdere akkurat denne hendelsen, men vi nevner den fordi den fremstår som et klart eksempel på hva man ikke bør gjøre overfor personer i krisetilstander.

Et annet par hadde også en dårlig erfaring det kan være viktig å nevne. Da de kom hjem fra sykehuset var det første som møtte dem 'rot' etter HLR aktivitetene til ambulanspersonellet. Å bli konfrontert med dette opplevdes ubehagelig og bidro til at de ikke 'orket å være der på en stund'. Faren gav uttrykk for at 'De burde ha ryddet litt bedre etter seg'. Mangelfull opprydning kan lettere unnskyldes hvis det har vært få innsatspersonell på stedet eller hvis det ikke er avsluttet, men her var det avsluttet, og det var mer enn nok personell til at noen burde ha tatt tak i det verste rotet. Man kan jo forsøke å tenke seg hvordan det var for foreldrene å selv måtte ordne opp da de kom hjem fra sykehuset.

I tillegg til det overnevnte tilfellet der mor ikke fikk noe informasjon, så gir mange av foreldrene vi intervjuet klart uttrykk for at de bare fikk delvis informasjon om hva som kom til å skje videre på sykehuset. Igjen kan nok mye av dette forstås ut fra de faktorene vi har nevnt. For det første kan ambulanspersonellet lett tro at foreldrene har mer enn nok med seg selv, og at de ikke er i stand til å ta inn over seg særlig mye. For det andre kan det være at de selv synes det er vanskelig å forholde seg til foreldrene. Vi har argumentert for at man bør være forsiktig med å la disse holdningene styre interaksjonen. Etter vår mening bør man forsøke å gi faktisk informasjon. Det verste som kan skje er at det blir klart at foreldrene ikke er i stand til å ta inn over seg det som sies, men ut fra det foreldrene i intervjuene våre sier må dette i så fall være regelen fra unntaket. For foreldrene er det snakk om å forstå hva som

skal skje videre med deres eget uvurderlige barn, og dette behovet faller innenfor det karakteristiske 'tunnelsynet' på barnet slik vi har beskrevet det.

Et av foreldreparene vi intervjuet gav et svært godt eksempel på dette. For foreldrene virket det allerede før ambulansen kom som om barnet var dødt (ut fra hudfarge og kroppstemperatur). Ambulansepersonellet holdt likevel på med HLR en ganske lang stund, før en kom ut i stuen til foreldrene og sa: 'Nå holder vi på i tre minutter til'. Dette var en setning som betydde en del for foreldrene. Den signaliserte at ambulansepersonellet var opptatt av dem, at de virkelig hadde forsøkt så lenge det var det minste håp, men at de ikke ville holde på videre 'for syns skyld'. Som nevnt over, det å holde på for 'syns skyld' er noe som flere av foreldrene har kommet inn på. Flere legger vekt på at det er viktig at ambulansepersonell ikke skaper et inntrykk av at de ikke 'ønsker' å måtte stå foran foreldrene og fortelle dem at det ikke er mer man kan gjøre.

Samtidig kan jo dette oppleves som et lite dilemma for ambulansepersonellet: Hvordan kan de vite at foreldrene de står overfor er komfortable med at de avslutter? Ingen foreldre er like, så hva om de står overfor noen som gjerne vil at de skal fortsette til de er på sykehuset samme hva? Som en far sier: 'Du har gjerne et ørlite håp'. Poenget vårt er at god kommunikasjon med foreldrene er den beste nøkkelen man har til å finne ut hva man bør gjøre. Man bør forsøke å forholde seg til foreldrene og forstå hva slags perspektiv de har på situasjonen.

Hva så med det som går ut over det å gi faktisk informasjon og klarlegge foreldrenes oppfatninger? En av de vi intervjuet uttrykte dette på en fin måte, ved å spørre foreldrene 'Er det noe dere vil snakke om?'. En annen rapporterte at han spurte 'Hvordan går det med dere?'. Vi tror dette er spørsmål som foreldrene normalt vil sette pris på. Det er også fristende å nevne hva vi en gang ble fortalt av et ambulansepersonell som ikke deltok i prosjektet vårt. Vedkommende fortalte at en gang hun var ute for en hjertestans og sto igjen med en etterlatt, så kom samtalen frem til et punkt hvor hun rett og slett sa: 'Nå vet jeg ikke hva jeg skal si til deg'. Dette ble opplevd som positivt av den etterlatte og førte til en god rolleavklaring av situasjonen. Det var ingen spesielle roller – bare to personer som hadde opplevd at en tredje person hadde dødd.

En mor vi intervjuet opplevde noe spesielt under reisen til sykehuset. Under hele prosessen fra avreise følte hun at 'hun var på sidelinjen', og hun fikk lite omsorg og oppmerksomhet. Blant annet ble hun gitt barnet uten at de spurte om det var greit for henne å holde det. Hun ønsket heller at ambulansepersonellet skulle ha barnet hele tiden, fordi 'ambulansepersonellet var de som var best egnet til å ta seg av det'. På et tidspunkt opplevde hun imidlertid at isen brast, da 'en av dem blunket til meg' og gav henne en oppmuntrende kommentar. Bare dette lille blunket og oppmerksomheten hun fikk, har i ettertid blitt stående for henne som viktig. Plutselig var ikke den 'profesjonelle distansen' der, i et kort øyeblikk følte moren en nær menneskelig kontakt. Hun opplevde ikke mer av denne nærheten før hun senere på sykehuset endelig ble spurt av en sykepleier 'Hvordan går det med deg?'. Da 'falt jeg sammen og begynte å gråte. Endelig var det noen som var oppmerksom på meg midt oppe i det hele'. Noen kunne vel ha stilt dette spørsmålet på et tidligere tidspunkt, under en lengre tur som hadde involvert både bil og helikopter.

Et viktig punkt som kommer frem i intervjuene våre er at det er viktig at ambulansepersonellet ikke forlater foreldrene før de har blitt godt tatt vare på av andre. I minst to av hendelsene foreldrene fortalte oss om gav de uttrykk for at ambulansen gjerne kunne fulgt dem enda litt 'lenger inn i systemet' som en sier, slik at de overhodet ikke trengte å foreta noen egne, selvstendige vurderinger om hvem de skulle forholde seg til videre. Dette slår oss som et viktig poeng. Foreldrene skal slippe denne ekstra utfordringen i krisesituasjonen de er i.

En av foreldrene husker avskjeden med ambulansepersonellet på en spesiell måte som vi synes det er verdt å fremheve. Etter å ha blitt tatt hånd om av annet helsepersonell på sykehuset så han ambulansepersonellet stå i en gruppe: 'De så på oss og vi så på dem'. 'Vi snakket ikke sammen', men ut fra blikkene og kroppsspråket til ambulansepersonellet virket det som de hadde sympati og innlevelse i families situasjon. Her har vi igjen rollen som akuttmedisinsk helsepersonell i et nøtteskall. På den ene siden skal man utvise nærhet, og det er umulig å ikke føle nærhet til situasjonen. På den annen side skal man holde distanse fordi man selv er 'profesjonell' og kommer 'utenfra'. Man skal ikke bryte inn i privatsfæren mer enn det som er nødvendig.

Flere av ambulansepersonellet rapporterer at de kan ha lyst til å bryte isen på en måte som 'ikke er helt etter læreboka', men man er redd for at det skal oppfattes galt. Samtidig kan det at ambulansepersonellet ikke tar mer initiativ til å ta farvel noen ganger forklares ut fra at de har en oppriktig mening om at det ikke er riktig å gjøre det. Vi tror det er viktig å respektere at det kan være forskjellige synspunkter rundt dette, og at det bør være rom for forskjellige handlingsmåter. Det er viktig å skape en bevissthet rundt denne grunnleggende sannheten, både blant helsepersonell og blant befolkningen for øvrig. Når det gjelder handlinger som går utover det rent medisinsktekniske, vil det alltid være noen variasjoner ut fra hvilke forståelseshorisonter og personlige verdier helsearbeidere har (Nordby 2006).

I og med at avskjeden med ambulansepersonellet ikke skjer på en vanlig måte - det er ikke en formell avslutning (Eide & Eide 2005) som eksemplet over illustrerer - så har vi til slutt i intervjuene våre spurt om det bør være et møte mellom foreldrene og ambulanse i ettertid hvor de kan snakke sammen om hendelsesforløpet. Alle vi har intervjuet har i utgangspunktet vært positive til dette. Det fremheves imidlertid at dette bør være et tilbud som alle parter må være komfortable med å stille opp i. En aksept må være en genuin aksept, ikke noe man blir presset til å godta, og det må være lov til å si nei. En aksept bør også være fundert i en grundig refleksjon rundt hendelsesforløpet. Man bør tenke nøye gjennom hva slags situasjon man var i, og om man virkelig, ut fra disse premissene, virkelig ønsker å møte den andre parten ansikt-til-ansikt.

Hvis man når en beslutning om at man ønsker et møte på denne måten, tror vi at det kunne fungere bra. Det vil opplagt kunne variere en god del hva man velger å snakke om, og det vil være vanskelig å bestemme på forhånd hvilke konkrete 'temaer' man skal fokusere på. Her bør det være foreldrene selv og ambulansepersonellet som bestemmer hvordan samtalen skal være når de møtes. Et av foreldreparene gav i intervjuet vårt sterkt ønske om å møte AMK-sykepleieren igjen, noe vi formildet videre til riktig instans (og dette møtet har visstnok nå funnet sted). Et tilsvarende uttrykkelig ønske kan opplagt komme i forhold til ambulansepersonell, og selv når foreldrene ikke uttrykkelig tar initiativ tror vi at et møte kan oppleves som godt for begge parter.

Vi tror Landsforeningen kan spille en viktig rolle når det gjelder å legge til rette for senere møter, og kanskje også bidra til å legge noen føringer på hvordan møtet skal være. Et av ambulansepersonellet opplevde et møte i etterkant som litt vanskelig, fordi foreldrene på en omfattende måte gjorde rede for sin egen sorgprosess. De fortalte mye om deres egne liv før og etter at barnet døde og viste blant annet frem mange bilder fra et fotoalbum. Ambulansepersonellet følte vel kanskje at dette gikk litt ut over hans egne opplevelser, og at han selv på en måte ikke kom så godt til orde. (Han understreket like fullt at han ville sagt ja hvis han ble spurt igjen.) Så det kan kanskje være litt viktig å tenke på hvordan et møte skal finne sted på en måte som både passer familien og ambulansepersonellet, men det faller utenfor rammene her å vurdere dette nærmere. Innsikt i dette bør komme ut fra en dialog mellom alle parter, og dette er avgjort et område hvor Landsforeningen kan spille en nyttig rolle som tilrettelegger.

5. Konklusjoner

Vi har forsøkt å avdekke hvordan foreldre og ambulansepersonell tenker rundt møter de har hatt når barn har dødd i krybbedød. Underveis har vi til tider også vært normative, naturlig nok i forhold til ambulansepersonells verbale og ikke-verbale handlinger: Vi har sagt noe om hva vi mener er gode handlinger og hva vi mener er mindre heldige handlinger. I denne siste konklusjonsdelen oppsummerer vi kort noen av de viktigste poengene vi mener det er viktig for ambulansepersonell å være oppmerksomme på. Vi kaller disse poengene for 'myke kjøreregler'. De er 'myke' og ikke 'harde' fordi de må tilpasses situasjonen, og fordi de ikke nødvendigvis alltid passer. Poenget er at intervjuene våre gir grunn til å tro at de svært ofte er relevante, men det å avgjøre om de er relevante er i seg selv noe det er viktig for ambulansepersonell å fokusere på.

Når det gjelder det som skjer før det første møtet har vi pekt på at det er viktig å ha en god dialog med AMK slik at man kan være så godt realitetsorientert som mulig. Dette er viktig både i forhold til praktiske aspekter (som det å finne frem) og i forhold til psykologiske faktorer (som det å være mentalt forberedt på å stå overfor et livløst barn og pårørende i krise). Det er også viktig å danne seg en formening om hvordan kontakten har vært mellom foreldrene og AMK, siden dette vil prege interaksjonen videre.

Når det gjelder ansikt-til-ansikt møtet er ingen av partene opptatt av å etablere en spesiell relasjon med en gang. Fokuset er og bør være på barnet fra begge parterers perspektiv. Utover dette vil mye avhenge av hvordan situasjonen er. Hvis det er nok ambulansepersonell til stede slik at ikke alle må brukes til HLR-aktiviteter (eller hvis det er avsluttet), vil vi foreslå at minst en defineres til å ha en slags 'liberorolle'. Oppgaven bør være å ta hånd om resten av familien på en god måte og ellers ta tak i relevante praktiske forhold.

I selve interaksjonen vil mye avhenge av omstendighetene. Det kan for oss kanskje virke som det kan være lett å undervurdere foreldrenes behov for å få, og evne til å ta inn over seg, faktisk informasjon om barnet og forklaringer om hva som kommer til å skje videre. Denne type informasjon bør man forsøke å gi hvis ikke situasjonen er helt spesiell, som hvis foreldrene ikke snakker norsk eller engelsk. Når det gjelder omsorg er det ikke fullt så enkelt, fordi behov, evne og vilje kan variere. Her ser det ut til at man bør kunne godta en del individuelle forskjeller. Som en myk kjøreregul vil vi imidlertid også her foreslå følgende strategi: Man bør i utgangspunktet forsøke å ta initiativ til omsorg. Man bør deretter danne seg en forening om hvordan dette blir tatt i mot. Hvis foreldrene trekker seg unna bør man vurdere en annen strategi og eventuelt 'gå et skritt tilbake'. Hvis foreldrene setter pris på omsorgen bør man fortsette å utvise nærhet og omtanke. Uansett bør man hele tiden forsøke å være oppmerksom på hvordan familien man står overfor verdsetter de handlingene man utfører. Det er spesielt viktig å huske at intervjuene våre ikke gir grunn til å tro at foreldrene forventer å møte en ekspert med noen som helst 'fasitsvar' eller 'ekspertkunnskap' om krisepsykologi. De forventer heller ikke at man har 'løsninger' eller at man skal si de 'riktige' tingene. I tilfeller av krybbedød kan det kanskje for noen være enklere å forholde seg til foreldrene som et empatisk medmenneske hvis man har dette i bevisstheten.

Når det gjelder avreise og transport vil mye avhenge av om det er avsluttet på stedet. Hvis det ikke er avsluttet blir situasjonen naturlig nok mer hektisk, og igjen vil mye avhenge av hvor mange ambulansepersonell som er på stedet. Så lenge det er nok innsatspersonell bør man på samme måte som forklart over forsøke å gi faktisk informasjon og utvise omsorg overfor foreldre. I tillegg er det igjen viktig å være oppmerksomme på praktiske forhold. Det er viktig at man rydder opp etter seg så godt man kan før man drar, og at foreldrene trygt blir fulgt videre innover i systemet til man er sikker på at de er tatt godt vare på av annet helsepersonell. Mye kan fortsatt skje når de er overlatt til andre, men det faller utenfor rammene for dette prosjektet.

Litteratur

- Bleicher J (1980): *Contemporary hermeneutics: hermeneutics as method, philosophy and critique*. Routledge, London.
- Dahlen M (2004): *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dancy J (1996): *Moral reasons*. Oxford: Blackwell.
- Eide T & Eide H (2005): *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Enelow A, Forde D, & Brummel-Smith K (1996): *Interviewing & patient care*. Oxford: Oxford University Press.
- Føllesdal S & Walløe L (2001): *Språk og argumentasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gubrium J & Holstein J (1997): *The new language of qualitative method*. Oxford: Oxford University Press.
- Kaiser M (2002): *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale S (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Malterud K (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nagel T (1986): *The view from nowhere*. Oxford: Oxford University Press.
- Nordby H (2005): 'Medical explanations in paramedic-patient-interaction: An argument from language act theory'. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, nr 4.
- Nordby H (2006): 'Face-to-face and Interactive communication: A perspective from philosophy of mind'. *Seminar.net*, nr.3.
- Nordby H (2007): 'Meaning and Normativity in nursing practice'. *Nursing Philosophy* nr.1
- Ohnstad A (1998): *Den gode samtalen*. Bergen: Samlaget.
- Parsons V & Stanford N (1979): *Interpersonal interactions in nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Radley A (1994): *Making sense of illness*. London: Sage publications.
- Ringdal K (2001): *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen A (2001): *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sanders M (2001): *Mosby's paramedic textbook*. St. Lois/London: Mosby.
- Singer P (1991): *A Companion to ethics*. Oxford: Blackwell.
- Skjervheim H (1959): *Objektivismen*. Oslo: Gyldendal.